

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



570

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

J. BAILLARGER

RÉDACTEUR EN CHEF

HENRI COLIN

Médecin en chef à l'Asile Clinique (Ste-Anne)



DOUZIÈME SÉRIE — TOME PREMIER

QUATRE-VINGTIÈME ANNÉE

00152

90152

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, Boulevard Saint-Germain (6^e)

1922



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Le décret du 3 Janvier 1922

Il est modestement intitulé : *Décret relatif au recrutement des médecins des établissements publics d'aliénés*. Si bien que des esprits ingénus, s'il s'en trouve parmi les aliénistes, auraient pu penser, en lisant le sommaire de l'*Officiel* du 14 janvier, qu'il s'agissait tout bonnement d'une modification aux épreuves du concours. Cette fois, à l'inverse de ce qui se produit pour maintes œuvres scientifiques ou littéraires, le texte dépasse de beaucoup en intérêt les promesses du titre. Aucune équivoque n'est possible : l'« adjuvat » des asiles a vécu. La solution préconisée ici-même par M. Capgras, en des chroniques d'une logique irréfutable, a prévalu sur les demi-mesures suggérées par une conception surannée de la hiérarchie médico-administrative. Il n'y a plus, dès maintenant, dans les établissements publics d'aliénés, qu'une seule catégorie de médecins : des médecins chefs



de service. Tous ont des droits, et, partant, des devoirs égaux.

Cette réforme, qui modifie des habitudes quasi séculaires, est-elle de nature à déterminer, dans l'atmosphère paisible des asiles, des bouleversements redoutables ? Ainsi vont, murmurant, quelques sombres prophètes. En réalité, l'application du décret se fera le plus simplement du monde, si chacun veut bien y apporter un peu de bonne volonté et de tolérance.

Les traitements des médecins ne sont pas modifiés. Ainsi se trouve évitée l'opposition de principe des Conseils Généraux. Il convient de souligner ici que les médecins-adjoints se sont eux-mêmes déclarés « plus soucieux de leur situation morale que de leur situation matérielle ». Ce qu'ils demandaient simplement, dans ce dernier ordre d'idées, c'était la régularisation de leur avancement. Le décret du 3 janvier leur donne satisfaction. Certes, il maintient les dispositions antérieures, puisque l'avancement reste accordé « après deux années d'ancienneté dans la classe inférieure pour les médecins des 9^e, 8^e, 7^e et 6^e classes (correspondant aux quatre anciennes classes de médecins-adjoints) et après trois ans d'ancienneté pour les médecins des classes supérieures » (art. 15). Mais à présent l'avancement se fera sur place, et sans qu'il soit nécessaire d'attendre qu'un poste de médecin en chef ou directeur ne devienne vacant dans un autre asile. Est-il besoin de rappeler que, depuis la guerre, les médecins-adjoints n'étaient nommés médecins en chef de 5^e classe, au traitement de 12.000, qu'au bout de douze ans, dont six passés dans la même 1^{re} classe, au même traitement de 10.200, et que ce délai était destiné à s'accroître d'année en année ? Désormais l'accès à la

5^e classe est assuré après huit ans de services. Ceci entraînera évidemment quelques répercussions financières. Il est aisé de voir qu'elles seront minimes puisqu'il s'agit seulement d'inscrire au budget de l'asile les sommes destinées à assurer les avancements de classe, opération normale, et qui est rappelée, le moment venu, par l'administration centrale elle-même. En raison des excellentes relations qu'entretiennent à l'ordinaire les directeurs, qu'ils soient médicaux ou administratifs, avec les assemblées départementales, il est peu vraisemblable que le règlement de ce point particulier soulève des difficultés insurmontables. Les décrets de 1919, qui entraînaient des conséquences financières autrement importantes, puisqu'ils augmentaient tous les traitements dans la proportion que l'on sait, ont été appliqués partout sans trop de résistances, grâce à l'action personnelle des représentants du pouvoir central. Pourquoi n'en serait-il pas de même aujourd'hui ? Remarquons que ce léger accroissement de dépenses devait être envisagé même si l'adjuvat n'avait pas été supprimé. Les partisans les plus résolus du maintien des médecins-adjoints avaient admis, sans exception, la nécessité de remédier à la crise de l'avancement : ils proposaient une réduction de la durée de l'adjuvat, celui-ci ne devant, dans aucun cas, dépasser huit ans, et l'Administration avait envisagé un instant une solution de ce genre. Elle aurait eu exactement la même répercussion financière que la réforme actuelle.

La conséquence la plus directe et la plus importante du nouveau décret sera la réorganisation des services médicaux dans les asiles. De ce côté encore, pas de difficultés qui ne puissent être résolues. Dans beaucoup d'asiles, la nouvelle organi-

sation s'impose d'elle-même ; elle est dictée par le nombre des malades, leur sexe, la distribution des locaux. Certes, il se rencontrera des questions d'espèce, plus délicates à régler. Nous ne doutons pas toutefois qu'on n'y parvienne si l'on veut bien ne pas perdre de vue le principe de l'équivalence quantitative et qualitative des services. Qu'on nous entende bien. Il n'est pas question de mesurer les services au cordeau et nul ne songe à réclamer une impossible égalité mathématique. Mais il est prudent de songer — et les confidences de plusieurs collègues nous y invitent — à la possibilité d'abus de pouvoir. Il est absolument nécessaire d'éviter que, dans le même établissement, il y ait un service de 500 malades et un autre réduit à 50. Il ne faut pas non plus qu'un médecin se targue de son ancienneté ou de sa fonction de directeur pour se réserver tous les malades curables, en laissant à son collègue plus jeune tous les chroniques. Cette disposition qui fut recommandée jadis par la circulaire du 8 juin 1905 et qui pouvait se comprendre quand on admettait ces médecins de deuxième zone qu'étaient les médecins-adjoints, est incompatible avec l'esprit du décret actuel, cela n'est pas douteux.

La répartition des services une fois réglée, la situation du médecin se trouve parfaitement définie, et vis-à-vis de ses collègues et vis-à-vis du directeur. L'article 14 du décret est à ce point de vue d'une importance capitale. Il précise que *les médecins des asiles nommés au concours remplissent dans leurs services respectifs les attributions confiées aux médecins en chef par la législation et les règlements applicables aux asiles d'aliénés*. C'est surtout le règlement de 1857 qui est visé ici, et l'on sait avec quelle précision il délimite le rôle,

les pouvoirs et les responsabilités du médecin en chef et du directeur. Tous les médecins des asiles, quelle que soit leur ancienneté dans le cadre, ont désormais les moyens de faire respecter leurs prérogatives en ce qui concerne non seulement le traitement des malades, mais encore le régime alimentaire, la désignation des travailleurs, le recrutement du personnel, les changements de destination des locaux, etc. C'est pourquoi le rédacteur du décret a été bien inspiré en maintenant l'appellation : médecin chef de service. Il y a là plus qu'une platonique satisfaction de forme offerte à la vanité des médecins. On les investit ainsi de l'autorité nécessaire pour faire entendre leur voix chaque fois qu'un intérêt médical est en jeu.

Confier une telle autorité à des jeunes gens, n'est-ce pas les inciter à en abuser ? C'est l'éternelle objection des partisans de l'adjuvat, ils ne se lassent pas de la formuler malgré toutes les réfutations, et il y a de quoi en concevoir quelque irritation. Car enfin tout le monde sait que la « jeunesse » de ceux qui débute dans la carrière est assez relative. Faut-il répéter une fois de plus qu'on ne devient généralement pas médecin des asiles avant 30 ans, et qu'à cet âge nombre de gens occupent des situations où les responsabilités et les pouvoirs sont aussi étendus que les nôtres. On paraît craindre surtout que les nouveaux chefs de service, grisés par tant d'honneurs, ne soient atteints de délire ambitieux et ne mettent en coupe réglée le budget, en réclamant médicaments onéreux, régimes somptuaires, matériel luxueux. N'est-il pas plus logique de penser que le fait même d'être à la tête d'un service, d'en être responsable, développera chez le jeune médecin le sens du réel ? En arrivant dans un asile où il est inconnu,

il n'ignorera pas qu'il sera jugé sur ses actes, et par comparaison avec ses collègues plus anciens qui ont déjà sur lui l'avantage d'une situation acquise. Son intérêt, à défaut d'autre sentiment, l'invitera à être prudent. Il aura à cœur de montrer que son service peut rivaliser avec ceux de ses aînés et non pas seulement au point de vue médical proprement dit. De leur côté, les médecins plus anciens tiendront à honneur de maintenir leur réputation. D'où une émulation féconde, dont les malades ne pourront que bénéficier, et qui ne sera pas le résultat le moins heureux de la réforme.

Aussi bien, les conditions dans lesquelles seront recrutés nos futurs collègues doivent rassurer les esprits les plus inquiets. Le règlement antérieur du concours était déjà sévère. Il est encore aggravé par des dispositions nouvelles. La durée minimum du stage d'internat imposé aux candidats, qui était jusqu'alors de deux ans, est élevée à trois ans, et cet internat ne pourra être fait que dans un asile public d'aliénés. Des épreuves supplémentaires ont été adjointes à celles qui existaient autrefois : composition de pathologie mentale ; question sur l'hygiène hospitalière. Le coefficient de l'épreuve d'administration a été presque doublé, ainsi que celui des épreuves cliniques. N'oublions pas le droit de *veto* de l'Administration sur les candidatures jugées indésirables. Devant ce luxe de précautions, on serait plutôt tenté de souhaiter que le recrutement de tous les fonctionnaires des asiles soit entouré de garanties analogues.

Ceux qui redoutent la prodigalité des jeunes médecins paraissent enfin oublier que le chef d'un service médical ne peut engager spontanément aucune dépense. Toutes celles-ci sont mandatées par le directeur ; c'est ce dernier qui a la haute main

sur le budget. Il a donc non seulement le droit mais le devoir d'intervenir, si les deniers publics étaient soumis à de trop rudes atteintes. Dirai-je toute ma pensée ? Loin de pouvoir se livrer à des dépenses excessives, le médecin n'est pas toujours à même d'obtenir les crédits strictement indispensables. J'ai cru remarquer parfois une tendance à faire des économies aux dépens du service médical plutôt que de tout autre service. Les asiles sont encore trop nombreux où les crédits de bibliothèque scientifique et de laboratoire sont ridiculement insuffisants, et où ils restent à l'entière discrétion du médecin-directeur. Je verrais pour ma part très volontiers chaque service doté d'un crédit spécial dont le médecin aurait la libre disposition (sous réserve, bien entendu, d'en justifier l'emploi) et qui lui permettrait d'acquérir ouvrages et instruments nécessaires à sa pratique professionnelle et à son perfectionnement scientifique.

Il me semble entendre des voix qui chuchotent à mon oreille des mots étranges : *diminutio capitis*,... disparition de la hiérarchie,... bolchevisme... Serait-ce une hallucination ? Je préfère le croire. Le décret du 3 janvier porte les signatures de MM. Leredu et Millerand et je me refuse à admettre que des personnages aussi considérables puissent, selon le mot célèbre, combattre des institutions qu'ils ont pour mission de défendre. Si le décret améliore la situation des médecins, il ne porte pas atteinte à celle des directeurs. Le 29 mai dernier, les directeurs-médecins ont demandé, par la voix de M. Baruk, qu'une indemnité de direction leur soit accordée, et que cette question reste liée à la suppression de l'adjuvat. Les médecins-adjoints se sont associés unanimement à ce vœu, et s'il n'a pas été pris en considération, cela n'a pas

dépendu de leurs représentants. En réalité, une telle disposition ne pouvait trouver place dans le décret puisqu'elle est d'initiative départementale. M. Baruk envisageait à l'avance, dans un article récent, la situation des médecins-directeurs ayant à côté d'eux un médecin chef de service. Et se demandant quel avantage il y aurait alors à être directeur, il aboutissait à cette conclusion : personne ne voudra plus des fonctions directoriales. Que notre distingué collègue se rassure. Il se trouvera toujours des candidats attirés par l'éclat de la fonction et du titre. Jusqu'à présent, les médecins-directeurs se sont recrutés sans difficultés, et pourtant ils étaient, de leur propre aveu, accablés sous le double faix de leur tâche médicale et administrative. Et c'est au moment où on allège cette tâche qu'on ne trouverait plus de candidats aux fonctions directoriales, et que les titulaires voudraient passer la main ? Une telle opinion ne paraît guère soutenable. En toute justice, les directeurs-médecins ne peuvent se sentir diminués par une réforme qui leur conserve toutes leurs prérogatives administratives, en leur donnant, pour la partie médicale, un véritable collaborateur et non plus un simple « accessoire de figuration ». Quant aux ex-médecins adjoints ils savent parfaitement, je tiens à le répéter, que si le nouveau décret leur confère des droits, il leur crée aussi des devoirs. Et je ne crois pas trahir leur pensée en ajoutant qu'ils voient surtout dans la réforme le moyen de se consacrer aux malades plus efficacement que par le passé.

G. DEMAY.

ROLE DU TEMPÉRAMENT ET DES IDÉES DÉLIRANTES DE ROUSSEAU

DANS LA GENÈSE DE SES PRINCIPALES THÉORIES

Par Victor DEMOLE (Genève)

Existe-t-il un rapport entre la constitution psychique de Rousseau et ses principales thèses ? Ses idées délirantes ont-elles influencé sa productivité qualitative-ment ou quantitativement ? Telles sont les questions que nous nous sommes posées récemment à la fin d'une « analyse psychiatrique des *Confessions* » (1).

Cette étude des *Confessions* nous a permis d'établir, croyons-nous, que de son adolescence à sa vieillesse Rousseau souffrit d'une affection mentale, exaltée dans l'âge mur, apaisée dans la sénilité ; psychose caractérisée par des symptômes constitutionnels, hébéphréniques, et le passage dans la forme paranoïde vers quarante ans. « Cette évolution, écrivions-nous, correspond bien aux traits de la schizophrénie telle que Bleuler, par exemple, la décrit dans son précis de psychiatrie ; les trois quarts des malades sont des anormaux dès la jeunesse, les formes paranoïdes apparaissent généralement de façon tardive vers la quarantaine. »



Ce fut à l'âge de 37 ans, soit vers 1749, qu'après une « crise d'égarement », Rousseau formula pour la première fois une idée délirante nettement caractérisée, à savoir « *le plus grand dessein que mortel ait jamais conçu* » : briser l'opinion et faire tout ce qui paraît bien sans s'embarrasser du jugement des hommes. Mais bientôt, les soi-disant amis du philosophe « jaloux de

(1) *Archives suisses de Neurologie et Psychiatrie*, n° 2, vol. II, 1918.

le voir marcher dans une voie nouvelle » travaillent à l'avilir et contestent sa vertu. La revendication de qualités morales (du reste fictives) et la défense contre les diffamateurs (souvent imaginaires) deviennent l'axe d'un vaste système délirant qui tourmentera Rousseau toute sa vie ; lutte inégale dont le dernier acte sera la rédaction des célèbres mémoires, ultime tentative de justification.

Dans les *Confessions*, Rousseau lutte bien moins pour les grandes idées qu'il a soutenues que pour sa réputation de vertu en contradiction flagrante avec les faits. Les paranoïaques sont coutumiers de ce tour. Des facteurs affectifs personnels exagèrent à leurs yeux la valeur de certaines circonstances et les obligent à s'en préoccuper illogiquement. Ce symptôme pathologique n'est du reste que l'exagération d'un fait courant ; nous accordons aux vétilles qui nous touchent une importance capitale. Le génie n'échappe pas à ce travers. Newton, dit-on, tenait mordicus à ses idées sur l'Apocalypse et les plaçait sur le même pied que ses grandes découvertes.

En résumé, Rousseau fut un enfant original, émotif, versatile ; un adolescent pathologique, par phases ambivalent, négatif, autiste, amoral, perversi sexuel ; à 37 ans, il entra dans une période délirante qui dura quelques années et aboutit à un système de persécution. Enfin au cours de la sénilité toutes ses facultés intellectuelles s'affaiblirent.

Il était nécessaire de résumer en quelques lignes le délire de Rousseau pour bien montrer notre point de vue ; légitimer ici notre attitude en nous appuyant sur des faits nous entraînerait hors des limites que nous nous sommes tracées ; on voudra bien, pour ce qui a trait à la documentation, se reporter à notre précédente étude.



Rousseau n'avait certes pas mauvaise opinion de lui-même ; ses illusions avantageuses ont certainement contribué à l'éclosion et au développement de son

délire des grandeurs. Tout gamin, il se donne déjà pour un prodige intellectuel et moral ; sa grande amitié pour son petit cousin « est un exemple unique au monde depuis qu'il existe des enfants » ; la destinée l'a fait naître « avec des facultés exquisées », néanmoins son sort fatal « n'aura point d'autre exemple chez les mortels ». Rousseau a le tempérament « le plus tendre que la nature ait produit » ; sa passion pour Mme d'Houdetot est la plus vive peut-être qu'un homme ait jamais éprouvée ; il ne peut croire qu'on ne conserve précieusement ses lettres ; il est persuadé de la valeur de ses moindres idées ; sa brochure sur la musique française est « digne de la plume de Tacite » ; sa réponse au roi Stanislas est « unique en son espèce » ; la *Nouvelle Héloïse* est « un chef-d'œuvre de diction » ; les Bourbons lui doivent peut-être la conservation du royaume de Naples ; il est celui des hommes qui a le plus respecté les lois ; ce ne fut point assez d'avoir été bon jusqu'à quarante ans, dès lors Rousseau devient vertueux ; il proclame que les basses vengeances sont indignes de son cœur, la haine n'y prend jamais pied, et il s'écrie : « Moi qui me suis cru, qui me crois toujours le meilleur des hommes ».

Les présomptueux sont susceptibles. Fatalement un tel faisceau de superlatifs ne pouvait passer inaperçu ; on l'admire d'abord, mais bientôt on jalouse, hait, calomnie, conteste sa vertu. L'ère des persécutions est ouverte.

Rousseau resta complètement aveuglé par son amour-propre ; jamais il ne se rendit compte de la contradiction flagrante de ses actes avec ses paroles, de l'odeur de vertu qu'exhalent ses livres avec la paillardise de ses rêves de libertin. Il ose s'écrier : « Jamais individu de mon espèce n'eut moins de vanité que moi » et dans ses œuvres il croit avoir démontré la constante uniformité de ses principes et donné un témoignage de son âme qui répond à celui que toute sa conduite rend de son naturel. Souvent il invoque sa conscience ; dans chaque chapitre, il parle de la paix intérieure, d'approbation, de légitimité, de satisfaction person-

nelle (ce qui démontre bien son amoralité). « Je sais bien, lui disait Diderot, que, quoi que vous fassiez, vous aurez toujours le témoignage de votre conscience. » Ce jugement n'est que trop vrai. Le pédagogue Rousseau peut porter sa progéniture aux enfants trouvés, il peut partager avec Grimm et Klupfell la couche d'une gourgandine, tromper sa femme, élever une fillette dans un but inavouable, tremper dans un dégoûtant ménage à trois, abuser de la confiance de ses amis, voler sa bienfaitrice, toujours et encore sa conscience l'approuve. Il se croit même doué d'un sixième sens, « le sens moral dont si peu sont pourvus ». Cependant Rousseau fut sincère. C'est à tort qu'on l'accuserait d'hypocrisie, ses contradictions sont le fait de sa maladie, grâce à elle il peut cultiver son idéal sublime au sein du libertinage. C'est ainsi qu'en écrivant sa *Nouvelle Héloïse*, si noblement vertueuse, il put, délaissant Thérèse, tomber follement amoureux d'une aimable femme qui ne demandait qu'à tromper tout à la fois son mari et son amant. Un éclair de conscience surprend cependant le philosophe en flagrant délit. Mais l'excuse est vite trouvée. « Grande leçon pour les âmes honnêtes, dit-il, que le vice n'attaque jamais à découvert, mais qu'il trouve le moyen de surprendre en se masquant toujours de quelque sophisme et souvent de la vertu. »

Par une sorte d'hypermoralité pathologique, les vagues remords dont s'embarrasse Rousseau n'ont trait qu'à des peccadilles ; par exemple, il croit devoir expier le vol d'un ruban par quarante années de droiture et d'honneur dans les moments difficiles. Grâce à cette comptabilité en partie double, il ignora la censure morale ; jamais les scrupules n'entravèrent l'activité de l'écrivain ; c'est là un service insigne que la psychose rendit au génial éducateur. Un Rousseau conscient se serait caché de honte ; moralement ignoble il n'aurait jamais pu exprimer son idéal, à supposer même qu'il ait pu le concevoir. Un Rousseau enivré seulement de vertu, eût vanté la vertu seule ; un Rousseau rien que libidineux aurait exalté la passion ;

Rousseau tel qu'il fut, dissocié affectivement, a pu chanter tout à la fois l'innocence et la vertu. Il dit : « l'innocence des mœurs a sa volupté qui vaut bien l'autre, parce qu'elle n'a point d'intervalle et agit continuellement ». « Souvenir immortel d'innocence et de jouissance. » « Mes tableaux voluptueux auraient perdu toutes leurs grâces si le doux coloris de l'innocence y eût manqué »... etc.

Ces expressions évidemment contradictoires ont pu être formulées par l'écrivain à cause de la signification qu'elles gardent pour lui seul. Quelques détails de la psychologie du philosophe livrent la clef du mystère.

Rousseau fut masochiste (enfant il savourait les fessées et adulte il prit un certain plaisir dans les revers) et par surcroît impuissant à plusieurs reprises; devant le célèbre : « Je l'aimais trop pour vouloir la posséder », le lecteur instruit reste sceptique ; car il est évident que Jean-Jacques était incapable de satisfaire son amie (qui se livrait évidemment), puisque, épuisé par ses anticipations, il ne ressentait plus auprès de la belle que « l'opportunité d'une vigueur inépuisable et *toujours inutile* ». Mme d'Houdetot n'est pas une isolée, Jean-Jacques fit aussi défaut à la gentille Zulietta. Au reste, il ne goûta guère la possession des femmes qu'il adorait. C'est à l'égard de créatures qu'il n'aimait pas qu'il fut entreprenant.

Ce mélange de négativisme, de masochisme et d'impuissance fournit au philosophe un excellent thème à des méditations vertueuses (on s'en convaincra en relisant son chapitre neuvième). Au cours de ces aventures pitoyables naquit peut-être cette association d'innocence et de volupté que la plume adroite du moraliste sut rendre en formules heureuses aussitôt généralisées. Combien de ces maximes ont fait fortune dont rougiraient ceux qui les ont apprises. Un exemple :

« Je mérite ma propre estime, je sais préférer mon devoir à mon plaisir. » Air de vertu ! Rousseau s'avance sur la route du bourg Saint-Audiol où l'attend Mme de Larnage dont il allait accepter l'hospitalité

intéressée puisque, il le dit cyniquement, « le régime » lui faisait du bien. Mais cette route est aussi celle de Chambéry. Les souvenirs de Mme de Warens surgissent aussitôt et réveillent des remords si vifs que, balançant « l'amour du plaisir, ils me mirent, dit le voyageur, en état d'écouter la raison seule ».

Et voici ce que lui dicte la raison : La famille de Mme de Larnage peut se prendre de mauvaise humeur, d'autant plus que Jean-Jacques pourrait bien tomber amoureux de la fille de cette dame, encore inconnue, mais à laquelle il pensait déjà trop. Réflexions : « Allais-je donc, au prix des bontés de la mère, cher-
« cher à corrompre la fille, à lier le plus détestable
« commerce, à mettre la dissension, le déshonneur, le
« scandale et l'enfer dans cette maison ? Cette idée me
« fit horreur ; je pris la ferme résolution de me combat-
« tre et de me vaincre si ce malheureux penchant
« venait à se déclarer. Mais pourquoi m'exposer à ce
« combat ? Quel misérable état de vivre avec la mère
« dont je serais rassasié (il l'était déjà) et de brûler
« pour la fille sans oser lui montrer mon cœur ! A
« cela se mêlaient des réflexions relatives à ma situa-
« tion, à mes devoirs, à cette « maman » si bonne, si
« généreuse... » Il brûle donc l'étape de St-Audiol et se dirige vers la demeure de Mme de Warens. C'est alors qu'avec des soupirs mêlés d'un sentiment de grande satisfaction intérieure, Rousseau se dit pour la première fois de sa vie : « Je mérite ma propre estime, je sais préférer mon devoir à mon plaisir. » — « L'un des avantages des bonnes actions est d'élever l'âme et de la disposer à en faire de meilleures, car... » Suit une digression austère. Mais en somme, de quoi s'agit-il ? Lit pour lit...

On demeure pétrifié d'admiration devant les effets sublimes que le moraliste tire de situations en réalité peu flatteuses ; ambivalence et négativisme se mêlent dans cette aventure comme dans tant d'autres fertiles en considérations élevées, en soif de justice, en aspirations idéales.

Sans l'amoralité et la faculté malade de l'écrivain

d'imaginer toujours un obstacle à la réalisation de ses désirs, l'encre eût séché sur sa plume paresseuse. Heureusement pour la littérature, Rousseau l'agité créa un bouillonnement perpétuel autour de lui. Méconnu, il soupire, lancé par le succès du *Devin du village*, le fardeau de la célébrité l'importune. Surgissent les jaloux. Se retire-t-il à l'Hermitage ? il s' imagine aussitôt qu'on le traite de misanthrope (Diderot n'a-t-il pas écrit « le méchant vit seul » ?). Vient-on à le présenter au roi ? sa vessie aussitôt l'incommode ; dès qu'il tombe amoureux de Mme d'Houdetot, il lui invente une rivale. Ainsi de toute sa vie.

Les désillusions continuelles et l'insatisfaction consécutive à ses tours de caractère ont certainement poussé Rousseau à s'isoler dans le monde des rêves d'où jaillirent ses plus pures créations artistiques. « Jamais, dit-il, mon imagination ne monte plus agréablement que quand mon état est moins agréable, elle est moins riante lorsque tout rit autour de moi. »

De là vient que l'hiver morose paraît la meilleure saison pour décrire le bel été. On ne s'étonnera donc point de voir naître au fort des persécutions la romantique *Nouvelle Héloïse* ; et c'est sur la route de l'exil que Rousseau composa un agreste poème : « Le lévite d'Ephraïm ». *Loin d'entraver le génie littéraire, la maladie l'a constamment favorisé.*

Jean-Jacques a défendu avec acharnement la thèse de la beauté et de la bonté de la nature. C'est en esthète qu'il la goûta d'abord, puis en admirateur des œuvres parfaites de l'immortel Auteur du monde, enfin en insociable ; ce fut en effet dans la solitude que, rêveur désabusé, il trouva le refuge où librement sa fantaisie prit l'envol, le payant des déboires de la réalité. Ainsi s'explique le rôle prépondérant que la nature joua dans le système délirant du moraliste persécuté par les méchants hommes ; sitôt blessé, c'est à la nature qu'il retourne, à la nature bonne et accueillante parce qu'elle reçoit le sage et paraît le protéger, à la nature noble par les sentiments qu'elle inspire. Ainsi s'établit ce culte de la nature dont le philosophe oppose les

qualités souveraines aux vices de la société persécutrice.

Cette idée de bonté naturelle, on la suit comme un fil d'Ariane dans tous les sujets traités par l'écrivain, en littérature, en histoire ou en sociologie. Partout c'est la vertu champêtre contrastant avec la corruption citadine ; la pureté primitive avec la civilisation décadente ; la vérité de l'état naturel avec la vanité des sciences : « L'homme qui médite est un animal dépravé. » Sa géométrie est née de l'avarice, sa physique d'une vaine curiosité (1).

C'est de cette même idée d'excellence naturelle que découlent directement les deux convictions fondamentales sur lesquelles Rousseau a édifié ses théories. A savoir : l'homme naît libre (ainsi le veut la nature) et partout il est dans les fers (par la faute de la société). L'homme naît bon (parce qu'il procède de la nature) ; puis il devient méchant (parce que la société le pervertit).

De là deux projets de réforme ; le premier, législatif (*Contrat social*), à l'usage de la société ; le second, éducatif (*l'Emile*), destiné à la culture individuelle.

Dans l'ouvrage pédagogique, la nature (puisque bonne) joue le rôle de précepteur et se donne en exemple. Le principe d'éducation est négatif, parce qu'élever un enfant, c'est moins lui apprendre que le préserver des influences mauvaises : « Fermez donc l'enfance au vice, et le cœur humain sera toujours bon. » Pourquoi ? Parce que Rousseau paranoïaque s'estime excellent, même de naissance. Qu'on relise à ce point de vue *les Confessions* ; on y verra le petit Jean-Jacques déclaré bon déjà dans ses premières années, parce qu'entouré des meilleures gens du monde, dont les exemples nourrissent en son cœur les excellentes dispositions de la nature. Mais bientôt ses sentiments exquis, mal dirigés, lui font faire les premiers pas vers le mal ; les défauts apparaissent qui viennent

(1) BOUILLET a bien saisi le caractère de Rousseau : « aucun penseur, dit-il, ne s'est moins appuyé sur les faits et n'a davantage parlé *a priori* au nom de ses sentiments personnels ».

de qualités perverses ; les querelles, les coups, les lectures mal choisies altèrent son humeur : « Je jugeais que me battre comme un fripon, c'était m'autoriser à l'être. » Ainsi de suite ; plus tard la misanthropie du philosophe viendra d'un cœur trop généreux. Alors même qu'il tentera de séduire Mme d'Houdetot, les autres seront rendus responsables de cet égarement passager : « N'est-ce pas elle qui m'avait cherché ?... Pouvais-je éviter de la recevoir ?... »

La théorie éducative de Rousseau consiste dans la généralisation des conclusions justes ou fausses qu'il tire de son expérience personnelle (qui est une expérience de malade). Parce que Jean-Jacques croit avoir pâti des lectures romanesques que lui fit son père, puis des mauvais livres qu'il dévora, il en conclut à « la lecture, fléau de l'enfance » ; d'où les enfants n'apprendront rien, pas même les fables de La Fontaine.

En sociologie, Rousseau a fait une application fameuse de son thème de perversion de l'enfance par l'éducation funeste. Il attribue la corruption des hommes à l'effet des lois et prétend qu'un peuple ne serait jamais que ce que la nature de son gouvernement le ferait être. Comment le citoyen de Genève concilia-t-il cette opinion avec ses convictions de républicain ? C'est un mystère. Législateur, Rousseau part du principe que l'homme est libre comme l'enfant est né bon. Puisque l'union de ces hommes libres ne peut reposer que sur un contrat librement consenti, Rousseau substitue la souveraineté du peuple à la souveraineté du prince.

Le rôle capital que joue la bonté de l'enfant dans le système paranoïaque de Rousseau permet tout à la fois d'en mesurer le prix et de comprendre pourquoi le philosophe a soutenu cette thèse avec tant d'insistance : C'est qu'il est lui-même en jeu. Les *Confessions* visent en effet à « montrer un homme dans toute la vérité de la nature ». Ce qui équivaut à dire qu'il n'en est point sorti, ou guère, malgré la société perverse. Pour établir ce point qui milite évidemment en faveur de l'excellence du persécuté, Rousseau se sert de la

suite ininterrompue de ses sensations ; s'il s'efforce de se décrire minutieusement, de rendre son âme transparente, de développer les causes pour mieux faire ressortir l'enchaînement des effets, c'est afin de montrer au lecteur ses modifications psychologiques ; « pour bien me connaître dans mon âge avancé, dit-il, il faut bien me connaître dans ma jeunesse (1). »

Ainsi, page après page, Rousseau accuse et s'excuse, courant à cette conclusion : « Quiconque pourra me croire malhonnête homme est lui-même un homme à étouffer. » L'avantage de cette thèse d'excellence native éclate aux yeux ; elle permet au paranoïaque de clore un cercle vicieux. Sa vertu étant la pierre angulaire du système de persécution, il ne néglige aucun argument qui la puisse soutenir.

La méthode de légitimation suivie par Rousseau (dont la philosophie implique la responsabilité) le conduit à une étrange inconséquence : la « *Morale sensitive* », ouvrage de déterminisme psychologique. L'idée lui en était venue à la suite d'observations faites sur lui-même. Il se proposait d'établir les causes des variations du caractère humain et de fonder un régime propre à maintenir l'âme dans l'état le plus favorable à la vertu. « Que d'écarts on sauverait à la raison, que de vices on empêcherait de naître, si l'on savait forcer l'économie animale à favoriser l'ordre moral qu'elle trouble si souvent. » Cet ouvrage ne vit malheureusement pas le jour ; s'il fût né, on y aurait retrouvé probablement nombre d'arguments tendancieux éparpillés dans les huit premiers livres des *Confessions*.

Les problèmes de l'éducation étaient fort en honneur au XVIII^e siècle. Albrecht de Haller, un contemporain de Rousseau, homme de science positive, affirmait que l'homme naît bel et bien revêtu des défauts dont le corrige graduellement la société. Diderot, tout au con-

(1) Rousseau veut dire par là que la connaissance de sa jeunesse est indispensable pour le juger, car elle montre l'origine de ses perversions par l'influence funeste de la société. En réalité la jeunesse de Rousseau livre le secret de sa vieillesse agitée en fournissant déjà les indices de sa maladie.

traire, en théoricien élégant, soutenait l'idée de bonté dans la nature et cet autre paradoxe : qu'il nous faut suivre nos penchants au lieu de les combattre.

Rousseau eut certainement connaissance de ces théories contradictoires, avant de prendre position dans ce débat pédagogique, où il était quasiment prédestiné, par ses expériences et son tempérament, à devenir le champion de la « bonté naturelle ». Si cette théorie n'avait pas existé, Rousseau l'aurait peut-être inventée, est-on tenté de dire, tant les idées qu'il défend plaquent sur sa personnalité morale comme un justaucorps.

Cette influence de la prédisposition psychologique éclate encore dans la genèse du *Discours sur l'inégalité*. Rousseau se rendait à Vincennes quand il lut, dans le *Mercur de France*, cette question posée par l'Académie de Dijon : « Le rétablissement des sciences et des arts a-t-il contribué à épurer les mœurs ? » A l'instant de cette lecture, il se sentit ébloui de mille lumières ; une foule d'idées vives touchant la bonté naturelle de l'homme et les abus des institutions se présentèrent avec tant de « force et confusion » à son esprit, qu'elles le jetèrent dans un trouble inexprimable et dans une agitation « qui tenait du délire ». Il consacra à ses *Discours* les insomnies de ses nuits.

C'est là le tableau d'une inspiration subite. Les expériences récentes et l'état d'âme de Rousseau en expliquent la genèse :

Jean-Jacques, auquel l'assujettissement fut toujours insupportable au point de le rendre rebelle à toute discipline, Jean-Jacques, égoïste, vaniteux, insociable, allait rendre visite à son ami Diderot, prisonnier à Vincennes. Lors des précédentes visites, le donjon lui avait fait une impression terrible ; il avait trouvé l'écrivain très affecté. L'été était d'une chaleur excessive ; souvent, rendu de fatigue, Rousseau s'étendait à terre ; pour modérer son pas, il s'avisa de prendre le *Mercur de France* qu'il parcourait tout en marchant, quand ses yeux s'arrêtèrent sur l'article d'où jaillit la lumière.

La fameuse question de l'Académie de Dijon tombait à pic, car dans l'âme de l'ex-secrétaire d'ambassade éconduit, l'inutilité des plaintes « avait laissé un germe d'indignation contre toutes les sottes institutions civiles où le vrai bien public et la véritable justice sont toujours sacrifiés à je ne sais quel ordre apparent ».

Ainsi préparé, Rousseau était inflammable d'autant plus qu'imaginatif et hypersensible, *il s'exaltait plus au souvenir d'un fait qu'il ne s'était ému devant le fait lui-même* (1). La question de l'Académie de Dijon mit le feu aux poudres en réveillant des souvenirs cuisants et la stimulation du concours incita encore l'écrivain à s'indigner en public. Aussitôt voici les expériences personnelles érigées en corps de doctrine et la généralisation faite à l'adresse de la société.

De toutes les œuvres de Rousseau, les *Confessions* portent certainement la marque la plus vive du système délirant. Leur but est « de donner un témoignage qui triomphera tôt ou tard des complots des hommes, de transmettre le souvenir de l'infortuné tel qu'il fut réellement et non tel que d'injustes ennemis travaillent sans relâche à le peindre ». Avec les *Lettres de la Montagne*, *Rousseau juge de Jean-Jacques* et les *Rêveries d'un promeneur solitaire*, les *Confessions* forment une grande apologie personnelle où l'auteur, trop souvent indigne, veut à tout prix paraître vertueux.

Rousseau fut l'objet d'attaques innombrables qui contribuèrent sans doute à le jeter dans le système des persécutions imaginaires. Son charme lui avait attiré de nombreux amis, mais ses défauts les lui aliénèrent ; ces déboires fournirent au thème de la médiancée un aliment de choix. D'autre part, les prétentions de Rousseau et ses inconséquences donnèrent belle prise à la critique. Quelques ennemis taquinèrent cruellement le philosophe, Voltaire entre autres. Vers la

(1) Cette remarque n'est pas une interprétation, elle est de Rousseau lui-même.

quarantaine, Rousseau persécuté persécuteur fut contraint de se lancer dans la mêlée dont il avait été l'agent provocateur.

Les autobiographes décrivent de leur propre personne ce qu'ils en veulent bien dire ou inventer. D'autre part, les biographes ne sont que trop souvent des panégyristes ; écrivant habituellement pour honorer la mémoire d'un disparu, ils sont enclins à flatter le grand homme et à passer ses défauts sous silence. Ainsi tous dénaturent les faits. Les *Confessions* ont l'inestimable mérite d'échapper à cette critique. Sans doute, l'œuvre est tendancieuse, mais la conviction profonde de l'auteur en son innocence absolue, son désir de véracité et les ressources malades dont il dispose pour se disculper, lui permettent d'avouer impunément toutes ses fautes, de descendre dans les menus détails de sa vie, de se dépeindre sincèrement tel qu'il fut ou crut être, de parler de lui-même un peu comme d'une chose, rédigeant en naturaliste sa propre observation. Les *Confessions* constituent de ce fait un document biologique peut-être unique en son genre, elles montrent un génie pris sur le vif et détaillant son existence en menus événements. Les psychologues qui sauront envisager les *Confessions* à ce point de vue en tireront certainement profit pour pénétrer dans ce bloc cohérent qu'on nomme la personnalité.

De 1712 à 1741, Rousseau mena une vie d'aventurier. En 1748, il n'avait à son actif qu'un système de notation musicale mal accueilli par l'Académie, et l'Opéra des *Muses galantes*, tout au plus passable. 1749 (il avait 37 ans) vit naître sa maladie mentale et ouvrit une période de travail intellectuel intense. On ne saurait trop insister sur cette simultanéité. Ici commence la « chaîne de mes malheurs », dit Rousseau. En 1750, son *Discours* le fait connaître, c'est l'époque tout à la fois des grandes œuvres et des vives persécutions.

Une constatation s'impose : Rousseau fut un génie tardif ; sa période de productivité comprend la seconde moitié de sa vie, alors qu'elle devrait en occuper la première pour satisfaire à la règle de précocité du

génie. C'est en effet dans sa vingt-deuxième année que Schiller publia ses *Brigands* ; Goëthe écrivit *Werther* à vingt-quatre ans et alors déjà il avait conçu les plans des ouvrages qu'il rédigea plus tard ; à vingt-sept ans Victor Hugo était le chef incontesté de l'école du romantisme ; à trente-deux ans, Pouchkine cueillait tous ses lauriers. L'histoire des sciences montre aussi que dans le domaine de la raison pure, les œuvres les plus marquantes sont les œuvres de jeunesse : Newton découvrit le calcul infinitésimal et les lois de la gravitation avant sa vingt-cinquième année ; Linné posa les bases de sa classification à vingt-quatre ans ; Carnot, Helmholtz n'en avaient que vingt-huit quand ils publièrent leurs idées maîtresses et Vésale bouleversa l'anatomie avant la trentaine.

Pourquoi donc Rousseau attendit-il l'âge mûr pour donner l'essor à ses idées ? Fut-il contraint de se taire par l'adversité du sort ? Bien au contraire ; des protecteurs généreux encouragèrent toujours ses efforts. Les matériaux nécessaires à son œuvre n'étaient-ils point encore rassemblés ? Non pas. Les théories qui firent sa renommée n'impliquent que des connaissances encyclopédiques vagues, des bribes d'érudition qui se peuvent acquérir en quelques années. Et encore ses thèses ne lui sont pas personnelles ; presque toutes se retrouvent chez des précurseurs dont Rousseau jeune parcourut les œuvres. Alors déjà son intelligence des faits, ses talents, ses goûts, son imagination si vive existaient, comme en témoignent ses mémoires. *Il faut donc qu'à la quarantaine, un accident ait brusquement changé le cours de sa vie. Cet événement fut son affection mentale ; lui-même en note les effets.* Il était transformé, ses amis ne le reconnaissaient plus. L'homme modeste qui n'osait ni se présenter, ni parler, qu'un mot badin déconcertait, qu'un regard de femme faisait rougir, portait partout son assurance et son mépris. Insensible aux railleries, méprisant les préjugés du siècle, ne voyant plus qu'erreur et folie dans la doctrine des sages, qu'oppression et misère dans l'ordre social, Rousseau se crut fait pour en dissiper le pres-

tige. Jugeant qu'il fallait mettre sa conduite en accord avec ses principes, il commença la réforme par lui-même. De bon, il devint vertueux ou du moins enivré de vertu. Le plus noble orgueil germa sur les débris de sa vanité déracinée : « Je devins, en effet, dit-il, tel « que je parus et pendant quatre ans au moins que « dura cette effervescence dans toute sa force, rien de « beau et de grand ne put entrer dans un cœur d'homme dont je ne fusse capable entre le ciel et moi. « Voilà d'où naquit ma sainte éloquence, voilà d'où se « répandit dans mes livres ce feu vraiment céleste qui « m'embrasait *et dont quarante ans il ne s'était pas « échappé la moindre étincelle, parce qu'il n'était pas « encore allumé* »... « *Dès lors mon âme en branle n'a « plus fait que passer par la ligne de repos, et ses oscillations toujours renouvelées ne lui ont jamais permis « d'y rester ;... époque terrible et fatale d'un sort qui « n'a point d'exemple chez les mortels.* »

Ainsi cette crise exalta subitement Rousseau ; elle le contraignit à écrire pour répandre ses idées ; le jour où elle éclata, l'écrivain génial n'eut qu'à saisir la plume. Tout était prêt. Alors, fouaillé par la maladie, il connut la célébrité. Sans l'aiguillon de la psychose, Rousseau aurait probablement continué de vivre inconnu, ou presque, comme il avait commencé. Son œuvre est née de la collaboration de son génie et de sa folie ; manifestement doué dès l'enfance, l'écrivain aurait pu, de bonne heure, tirer parti de ses talents si son caractère pathologique ne l'en avait empêché. Il fallut la systématisation d'un délire et une agitation maniaque (1) pour coordonner enfin ses efforts.

Sur ce point, Rousseau diffère donc radicalement de quelques hommes de génie dont les périodes de productivité aboutirent à l'épuisement intellectuel ; Mayer, entre autres, qui, après divers travaux et ses *Remarques sur l'équivalent de la chaleur*, entra dans une crise d'exaltation religieuse. On dut l'interner près d'un an.

(1) Cet adjectif n'est pas péjoratif. En psychiatrie il signifie actif, surexcité, exalté ; on l'oppose à mélancolique.

Dans les cas de ce genre, la psychose apparaît comme la conséquence d'un épuisement intellectuel.

Mais les affections mentales sont diverses et les individus qu'elles frappent diffèrent considérablement.

En premier lieu, la nature de la maladie mentale joue un rôle prépondérant : les psychoses dites organiques (paralysie générale, démence sénile, lésions en foyer) qui aboutissent *rapidement* à des destructions anatomiques considérables, entraînent naturellement une déchéance intellectuelle *rapide* et irrémédiable. C'est à leur début seulement que les malades seront encore capables de penser correctement (Maupassant, *Le Horla*). Au contraire, les psychoses dites affectives (manie-dépressive, démence paranoïde, paranoïa) qui ne provoquent aucune lésion anatomique appréciable, troublent plus l'affectivité que l'entendement et n'aboutissent que tardivement à une démence, souvent légère. Les malades relevant de cette dernière catégorie resteront donc généralement aptes au travail intellectuel.

Deuxièmement la symptomatologie d'une maladie mentale est conditionnée, pour beaucoup, par la valeur intellectuelle des malades.

Les imbéciles et les enfants, dont les acquisitions sont relativement faibles, sont réduits à néant par la maladie ; comme les éléments dont ils disposent pour délirer sont rares, leur délire est monotone ; ils restent cantonnés dans l'expression sommaire des principaux mouvements affectifs, la crainte, la colère, l'anxiété. Les adolescents, plus instruits, développent des idées paranoïdes simples sur des thèmes rebattus ; quant aux adultes, particulièrement ceux qui atteignent la quarantaine, leur capital intellectuel et leur expérience leur permettent de coordonner leurs idées en systématisations ingénieuses, compatibles encore avec la vie en société (paranoïa, délire processif). Leur productivité est même parfois exagérée.

Ainsi donc une même psychose lésant des individus psychologiquement différents, donne naissance à une symptomatologie variée en rapport immédiat avec la

richesse intellectuelle du malade. A noter également que plus les individus frappés sont jeunes, plus leur déchéance est profonde, ceci parce qu'à tous égards les jeunes sont plus vulnérables. La démence des adultes est parfois légère. Elle échappe souvent à l'analyse dans certains cas de délire processif.

Si les conséquences des psychoses sont à tel point différentes les unes des autres parmi le vulgaire, combien plus étendues encore doivent être leurs dissemblances parmi les individus plus particulièrement doués. Or le génial Rousseau ne fut atteint que tardivement par la maladie ; c'est pourquoi son affection mentale se développa en systématisation grandiose, orientée vers la persécution par les dispositions ombrageuses de son caractère.

L'agrégat de symptômes pathologiques qui fait partie de la personnalité de Rousseau constitue une sorte de syndrome fréquent en psychiatrie :

Edouard D., hétérophrénique léger, entre à 24 ans à l'asile de Bel-Air à la suite d'une tentative de suicide. Issu d'une famille pauvre du Valais, canton où la langue française est particulièrement négligée, élevé dans un milieu ouvrier, il est mécanicien-tourneur de profession ; cependant il est naturellement distingué et se sert d'un parler choisi qui contraste singulièrement avec son origine et son état. Enfant, il est irritable, gourmand, menteur, fier, imaginatif, indiscipliné, grand lecteur de romans, sexuel précoce, peu entreprenant, persuadé de sa supériorité intellectuelle. Le maître lui a dit : « Avec l'intelligence que tu as, tu devrais être le premier de ta classe. » Il est tourmenté de scrupules religieux ; il est toujours insatisfait. « Maman, dit-il, je ne sais pas ce que veut dire cœur content. » Après un court apprentissage, il vagabonde, roule de place en place, quittant sans motif le meilleur patron. Il est en guerre continuelle avec les contremaîtres, persuadé « qu'il y a quelque chose », qu'on lui en veut, qu'on « exploite les ouvriers ». Demander de l'argent à sa famille est dur pour sa fierté. Néanmoins il vole, contracte des dettes. De son « journal » nous extrayons ces passages :

« Depuis l'âge de 3 ans on me trouvait extraordi-
 « naire. Je commence par mon enfance, tâchez de bien
 « suivre mon récit, il vous fixera sur ce qui m'est
 « arrivé et qui n'est qu'une conséquence. » — « N'a-
 « t-on pas manqué de surveillance à mon égard ? » —
 « Mon imagination est altérée par trop de lectures
 « suggestives. » — « Tout ce qui demandait de l'effort
 « je l'ai mis de côté. » — « Je craignais les endroits
 « obscurs, j'avais peur de mourir. » — « Qu'as-tu
 « donc d'être autrement que les autres ? » — « Je ne
 « gagnais rien, en outre j'en voulais à tout le monde. »
 — « Ici commence la série qui devait me pousser au
 « désespoir. » — « Je crains l'avenir, je vois la fata-
 « lité partout. » — « J'ai des pressentiments cruels,
 « l'orgueil de dire toujours la vérité. »

Ces quelques citations sont significatives. Elles disent l'orgueil du malade qui se juge enfant prodige, naturellement bon. Se voyant réduit à un triste état, il se demande si sa situation n'est pas la conséquence d'une mauvaise éducation ou de lectures pernicieuses. Idéaliste désabusé, incapable de réaliser ses aspirations changeantes et confuses, inconséquent dans ses actes et dans ses idées, toujours insatisfait, agité de sombres pressentiments, ombrageux, il vit replié sur lui-même dans un monde de rêveries.

Un autre malade, passionné d'idéalisme, religieux et amoral, interné pour escroquerie, s'exprime dans ces termes :

« L'influence générale que j'ai subie et les lectures
 « que j'ai faites m'ont été pernicieuses. » — « Pour-
 « quoi, aux prises avec le mal malgré mon désir de
 « bien suis-je toujours terrassé ? » — « J'ai de la
 « difficulté à admettre que ma volonté soit intervenue
 « pour coopérer à ces actions. » — « Je repousse
 « l'idée d'avoir commis le mal pour le mal et cela
 « parce que j'ai toujours aimé le beau dans toutes ses
 « manifestations. » — « Pourquoi donc est-ce à une
 « faillite complète que j'ai abouti ? Je m'y perds. »

Ces deux exemples cueillis entre mille, montrent que le thème du délire de Rousseau est banal, on le ren-

contre fréquemment en pathologie mentale. Mais les talents, l'intelligence manquent aux deux malades précités pour faire valoir leurs aspirations ; s'ils versent un jour dans la persécution à laquelle ils paraissent prédestinés, ils ne tireront vraisemblablement qu'un médiocre parti du thème si magistralement développé par Rousseau (1).

Pour renforcer encore notre argumentation, il nous serait facile de citer quelques observations de malades dont les talents parfois remarquables furent employés au service de causes désespérées ou d'idées manifestement délirantes ; quoique aliénés ils occupèrent des situations politiques élevées, professèrent dans des Hautes-Ecoles, se distinguèrent dans les arts ; plusieurs d'entre eux échouèrent finalement à l'asile à la suite de scandales ou de procès retentissants. Mais développer ces observations touffues nous entraînerait trop loin ; le lecteur désireux de se documenter recourra avec fruit aux ouvrages traitant du délire chronique systématisé, ou du délire processif.

L'autisme (*aparte* d'Esquirol !), c'est-à-dire la rêverie exprimant les aspirations, la pensée sans rapports avec la réalité, a joué un rôle capital dans la vie de Rousseau.

Chez l'individu normal, cette pensée autistique précède et prépare l'action ; chez le paresseux, chez le désabusé, le névropathe, l'aliéné, elle se substitue à l'action et permet de l'éviter. Elle est donc fonction utile ou inutile suivant l'emploi qu'on en fait. Chez Rousseau, l'intensité de la rêverie à l'état de veille a pris des proportions pathologiques ; il a cultivé cette rêverie, s'y est livré avec volupté.

« ...De par son tempérament Rousseau est destiné à s'estimer toujours mécontent puisqu'il est de ceux qui ne peuvent trouver leur satisfaction dans les simples plaisirs de la réalité. Toute sa vie il sera un insatisfait parce qu'aspirant à l'irréalisable. Et ce monde qu'il

(1) Les deux malades ont quitté l'Asile ; ils gagnent leur vie ; l'un d'eux occupe une situation enviable.

imagine, monde de nostalgies, de convoitises, de rêves, de souvenirs, de projets, d'illusions, il le travaille, l'ordonne, le dispose en suite de fictions, en romans dont la *Nouvelle Héloïse*, pure réalisation de désirs. St-Preux ! c'est Rousseau errant, amoureux d'une jeune beauté noble et fortunée. Julie, c'est Mme de Warens moins ses vices et plus une malle de vertus, accueillant à Clarens le pauvre précepteur, comme fit jadis pour Jean-Jacques, certaine dame à Annecy. Et Clarens, tout près de Vevey où « Maman » vit le jour, c'est beaucoup les Charmettes : c'est le domaine régenté par une jolie femme, c'est l'abondance rurale, la douce vie toujours simple avec une pointe d'élégance et beaucoup de sentimentalité vertueuse » (1).

On voit par cet exemple le rôle capital que joue l'autisme dans la vie de Rousseau. Cette faculté créatrice nécessaire au poète, fut exaltée par la psychose ; elle servit admirablement l'écrivain.

Dans l'opinion populaire, folie est synonyme de stérilité intellectuelle : c'est là une erreur évidente. Là folie n'est improductive que chez les intellectuels proprement dits (de *intelligere*, comprendre) calculant avec la réalité. On compte, en effet, sur les doigts les hommes adonnés aux sciences exactes qui, touchés par le mal, fournirent encore des travaux importants. La raison en est aisée à saisir. Habituellement la maladie mentale exalte l'imagination, mais diminue l'entendement ; elle est donc préjudiciable au logicien ; elle profite, au contraire, à l'imaginatif. C'est pourquoi dans le genre esthétique les génies peu ou prou psychopathes forment un cortège imposant.

Entre s'émouvoir fort et comprendre bien, existe comme un antagonisme. Rousseau triomphant dans les sphères de l'imagination est souvent déficient dans le domaine de la logique. S'il avait été sain d'esprit, plusieurs de ses œuvres qui reposent sur des conceptions erronées n'auraient point vu le jour ; sans doute il en

(1) DEMOLE, *loco cit.*

eût donné d'autres moins enthousiastes mais plus réfléchies (1).

Chacun sait, du reste, combien l'émotion trouble le jugement ; Rousseau lui-même en était persuadé. Néanmoins ni cette conviction, ni son expérience ne le sauvèrent des tours de son émotivité. L'indifférence glaçait sa plume et, selon sa propre expression, « abrutissait » son esprit ; il note que ce qui est bon pour le style est préjudiciable au raisonnement. « Je ne sus jamais écrire que par passion », dit-il. Cet enthousiasme montre bien le caractère général de ses œuvres : abondance de vues justes et ingénieuses, illogisme dans le fond. « Il n'a rien créé, il a tout enflammé », dit Mme de Staël. « Toute opinion lui vient d'un sentiment », écrit Sayous. « Les idées de Rousseau ne sont jamais que des sentiments transposés en système », remarque Valette. Si Rousseau artiste, si Rousseau penseur doivent en somme beaucoup à Rousseau malade, comment expliquer la fortune de ses ouvrages ? Peut-on concevoir que d'erreurs et d'utopies procède un renouvellement moral, littéraire et social ?

Plusieurs causes contribuèrent à la renommée du philosophe ; en premier lieu, les idées de Rousseau saisissent parce qu'en contradiction flagrante avec les doctrines régnantes ; ensuite elles sont relativement simples, chacun peut les comprendre, se les assimiler ; enfin elles ont servi les intérêts des masses, d'où leur popularité. Leur avantage procède encore et surtout de la puissance suggestive du style, de l'émotion communicative de l'écrivain.

Cette émotion fausse le jugement (les avocats le savent bien !). Comme le verbe de Rousseau porte une puissance affective intense, il entraîne et fait passer également les idées bonnes et mauvaises parce que fleuries au même degré. Des œuvres scientifiques géniales, malheureusement obscures, furent de ce fait longtemps méconnues ; avec un tour de rhétorique

(1) Rousseau était capable d'un travail logique soutenu ; ses œuvres d'érudition, ses petits travaux scientifiques en font foi. Son émotivité l'a arraché aux ouvrages de réflexion.

elles auraient conquis le monde. Rousseau fit-il autre chose en lançant certaines idées de ses précurseurs ? Un grain de folie créateur d'enthousiasme profite souvent plus qu'une mesure de raison, parce que l'erreur et la vérité dépouillées d'artifices sont sans attrait aux yeux des hommes ; mais qu'on les pare elles captivent aussitôt. A tout prendre, cet aveuglement a son avantage : la critique s'émousse, les âmes candides goûtent les *Confessions* en dépit de l'ignominie de certaines pages et le livre impur suscite un grand mouvement de vertu.



En résumé, la maladie mentale de Rousseau a déterminé pour une grande part son activité :

1° Quelques symptômes faisant partie intégrante de son caractère (affectivité exaltée, négativisme, ambivalence, impulsivité, anomalies sexuelles, etc...) ont fourni un nombre considérable d'éléments avantageux ou désavantageux dont l'écrivain a tiré parti. Le négativisme et l'ambivalence particulièrement, en provoquant des situations sociales désagréables ont accru l'insatisfaction, exalté l'autisme, contraint Rousseau à s'isoler dans la nature.

2° L'autisme de Rousseau l'a orienté dans le domaine spéculatif où il triompha. Quelques œuvres sont la transcription directe des rêveries où il réalisa ses désirs (*Nouvelle Héloïse*).

3° La dissociation de Rousseau lui permit de cultiver un idéal élevé en vivant au sein du libertinage et de revendiquer un brevet de vertu, en dépit de l'évidence ; sans cette inconséquence, plusieurs de ses œuvres n'eussent jamais vu le jour.

4° L'orgueil de Rousseau et son expérience de paranoïaque ont contribué à lui faire adopter l'idée fondamentale de la perfection de la nature dont ses autres thèses sont les corollaires.

5° La production intellectuelle de Rousseau est en corrélation évidente avec sa psychose ; son délire de persécution l'exalta subitement et le contraignit à écrire pour se défendre et propager ses idées.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 DÉCEMBRE 1921

Présidence de M. PACTET, Président

Assistent à la séance : MM. Bonhomme, Demay, Ducosté, Naudascher, membres correspondants.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté. La correspondance imprimée comprend les n^{os} 1, 2 et 3 du *Bulletin de la Ligue d'Hygiène mentale* dirigé par le D^r Toulouse. La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. le D^r Molin de Teyssieu qui remercie la Société de l'avoir élu membre correspondant, une lettre de M. le D^r Vivès qui remercie la Société de l'avoir élu membre associé étranger, une lettre de M. le D^r Brousseau qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant ; une commission composée de MM. Capgras, Colin et Truelle, rapporteur, est chargée d'examiner les titres du candidat.

MM. Conso, Ducosté, Génil-Perrin, Raynier, Rodiet posent leur candidature à l'une des deux places vacantes de membres titulaires. La commission désignée pour examiner leurs titres est composée de MM. Arnaud, Briand, Legrain, Mallet, Roubinovitch, désignation approuvée par la Société.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

La Société se réunit en Assemblée générale pour écouter les rapports du Secrétaire général et du Trésorier et procéder à l'élection du Bureau pour l'année 1922.

M. le Secrétaire général rend compte à la Société des modifications qui ont pu être apportées aux *Annales médico-psychologiques*, grâce à l'augmentation de la

subvention votée par elle. On a pu ainsi publier 10 numéros par an au lieu de 6 et il y a lieu d'espérer que, dans un avenir prochain, la publication de la revue se fera de nouveau dans des conditions tout à fait normales.

Il rappelle que la Société est autorisée à recevoir le legs Ritti.

M. Mallet, Trésorier, n'a pas pu encore recevoir les indications nécessaires pour établir le compte rendu financier ; son rapport est ajourné à une séance ultérieure.

Elections du Bureau de 1922

M. Antheaume est élu vice-président par 22 voix (2 bulletins blancs).

M. Antheaume remercie la Société de l'honneur qu'elle vient de lui faire et dont il s'efforcera de se montrer digne.

M. Colin est réélu secrétaire général par 22 voix (2 bulletins blancs).

MM. René Charpentier et Capgras sont réélus secrétaires des séances par 23 voix (un bulletin blanc).

M. Mallet est réélu trésorier par acclamations.

SÉANCE ORDINAIRE

Rapports de Candidatures

M. René CHARPENTIER. — Messieurs, dans votre dernière séance, vous avez nommé une commission composée de MM. Briand, Deny et René Charpentier, rapporteur, chargée d'examiner les titres de M. le D^r Pierre Kahn (de Neuilly-sur-Seine), qui demande à prendre place parmi les membres correspondants de notre Société.

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris, Ancien Chef de Clinique des Maladies mentales de la Faculté, lauréat (médaille d'argent) de la Faculté, licencié en droit, M. Pierre Kahn, après avoir été assistant du Professeur Chantemesse, à l'Hôtel-Dieu (service des agités), de 1909 à 1914, est actuellement, depuis 1919, assistant du D^r Josué et chargé du service des délirants à l'Hôpital de la Pitié.

Sans insister sur ses travaux de médecine générale, je rappellerai seulement sa communication à l'Académie de Médecine (1907) en collaboration avec le Professeur Chantemesse sur le traitement des perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde par les injections de *nucléinate de soude*.

Parmi les nombreux travaux de M. Pierre Kahn sur des sujets de Psychiatrie, de Médecine légale et d'Assistance, il faut citer sa thèse inaugurale sur la *Cyclothymie* (1909) et ses communications sur le même sujet, ses travaux sur les *fausses paralysies générales*, la *psychose hallucinatoire*, les syndromes démentiels précoces, les troubles mentaux dans l'*Encéphalite léthargique*, sa conférence à la Société de Sociologie sur la *Responsabilité Criminelle*, etc.

Il s'est particulièrement occupé des services hospitaliers réservés aux malades agités. C'est à la suite de sa communication sur le fonctionnement et la statistique du service de l'Hôtel-Dieu, en 1914, que la Société Médicale des Hôpitaux de Paris a émis le vœu de la création de nombreux services ouverts pour psychopathes.

Pendant la guerre, M. Pierre Kahn, après son retour de captivité, en novembre 1916, fut nommé successivement médecin-chef militaire du Quartier d'Hospice de Tours où il créa et organisa un service ouvert pour psychopathes, puis médecin-chef du Centre de Psychiatrie militaire de la 9^e Région. Rappelons qu'il fut cité à l'ordre du jour de la Division et nommé Chevalier de la Légion d'Honneur.

A l'unanimité, Messieurs, votre commission vous propose de nommer M. le Docteur Pierre Kahn, membre correspondant de la Société Médico-psychologique.

M. Pierre Kahn est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents (18 voix).

M. FILLASSIER. — Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. H. Colin, R. Charpentier, Fillassier, rapporteur, j'ai l'honneur de vous proposer la nomination de M. le Dr Hoedemakers comme membre associé étranger.

Ancien Interne des Hôpitaux de Bruxelles, Docteur en médecine de l'Université libre de cette ville, assistant au Service de Psychiatrie de l'Hôpital St-Jean, médecin, depuis deux ans, au Laboratoire d'Anthropologie de la prison St-Gilles, M. le D^r Hoëdemakers dirige le Service psychologique des Ecoles de la Commune de Schœrbeek et y a organisé un enseignement spécial pour enfants arriérés.

Membre des Sociétés de Médecine légale, d'Anthropologie, de Médecine mentale de Belgique, notre confrère rappelle avec fierté qu'il a débuté dans l'étude de la Psychiatrie, en suivant les leçons du D^r Séglas à la Salpêtrière, et du D^r Mignot, à Charenton.

Il a publié notamment des études sur le Délire d'interprétation et l'hypnotisme, la Maladie de Parkinson et les troubles mentaux, l'impulsion chez les criminels.

Récemment il donnait aux *Annales Médico-Psychologiques*, une étude que vous avez tous lue avec intérêt sur le service d'anthropologie pénitentiaire belge, spécialement sur son annexe psychiatrique. Le système pénitentiaire belge a toujours été le premier à réaliser les progrès réclamés par tous ceux qui, à un titre quelconque, s'intéressent aux questions de criminologie.

Aussi, dès 1882, Paul Heger insistait-il sur la nécessité de créer des cliniques criminologiques et de rechercher les caractères physiques, moraux et sociaux de délinquants ; en 1907, M. Renkin, Ministre de la Justice, installait le premier laboratoire d'anthropologie à Forest et en confiait la direction à M. le D^r Vervaeck. Il en existe 9 actuellement dans les principales prisons du pays. Chacun des condamnés est examiné à l'aide d'un questionnaire type auquel on a reproché d'être trop détaillé. C'est une erreur, selon nous, car l'établissement des dossiers est assuré par de nombreux médecins attachés à chaque laboratoire et peut être établi rapidement. Ainsi peut se faire le classement des délinquants anormaux et déjà le VI^e Congrès de Médecine Légale de langue française tenu à Bruxelles en 1921 a approuvé les rapports de MM. Holvoet, procureur du Roi, et Corday, juge d'instruction, tendant à modifier les dispositions du Code Pénal et à éviter la mise en

liberté à l'expiration de la peine, de sujets reconnus dangereux.

En 1922, à la demande de M. le Professeur Hébert-Gilbert, nos confrères belges communiqueront au même Congrès qui se tiendra à Paris, le résultat des travaux réalisés dans ces 9 laboratoires. Il n'est pas douteux que les aliénistes français qui, depuis Magnan, réclament de nombreuses réformes dans l'ordre pénitentiaire, n'y trouvent de précieux arguments, en même temps que la création chez nous d'organismes analogues, permettra, dans bien des cas, le reclassement social de ceux qui en sont susceptibles.

Nous devons savoir gré à M. le D^r Høedemakers d'avoir vulgarisé chez nous la connaissance des efforts réalisés dans un pays auquel tant de liens nous rattachent.

Nous avons l'honneur de vous proposer à l'unanimité la nomination de M. le D^r Høedemakers, comme membre correspondant associé.

M. HØEDEMAKERS est élu membre associé étranger à l'unanimité des membres présents (18 voix).

Etat de mal épileptique mortel au cours d'un traitement par le Gardénal

Par L. MARCHAND

A l'avant-dernière séance de la Société clinique de Médecine Mentale, au cours de la discussion qui suivit la communication de M. Salomon sur un cas d'état de mal épileptique consécutif à la suppression d'un traitement par le Gardénal, M. Barbé faisait remarquer que l'on n'avait pas encore publié de cas d'état de mal chez des sujets traités par ce médicament. Prenant part à la discussion, j'ai donné l'exemple d'une de mes malades qui présentait des crises en série depuis qu'elle était traitée par le Gardénal, fait déjà noté par d'autres auteurs.

La malade à laquelle je faisais allusion est morte depuis en état de mal. Je pense que de cette observation on pourra tirer quelques déductions pratiques.

Mme C..., âgée de 32 ans, entre à la Maison Nationale de Charenton le 4 août 1916.

Aucun antécédent héréditaire connu.

Mme C... a eu des convulsions dans le jeune âge. Pas de maladie grave dans la suite. Développement intellectuel et physique normal. A l'âge de 13 ans, première crise d'épilepsie. Les accès se reproduisent rarement, deux ou trois fois par an. Suspension des crises à l'âge de 17 ans. A 18 ans, C... entre à l'école normale ; elle termine ses études et est nommée institutrice. Les crises reparaissent à l'âge de 22 ans, sont d'abord très rares ; elles ne surviennent qu'une ou deux fois par an. C... se marie à 28 ans. Les crises sont alors un peu plus fréquentes ; elles se reproduisent tous les trois mois environ. Accouchement en février 1915 d'une fille actuellement bien portante. Les accès qui étaient suspendus pendant la grossesse, reparaissent trois semaines après l'accouchement et deviennent de plus en plus fréquents. Dans une crise, C... tombe dans le feu, se brûle la région orbitaire droite ; la vue est perdue de ce côté.

C... est obligée de quitter sa profession d'institutrice. Sur ces entrefaites, son mari l'abandonne. Le père de C... recueille l'enfant et place sa fille d'abord dans une maison de santé privée, puis à la Maison Nationale.

En dehors de ses crimes comitiales, C... ne présente aucun trouble mental au physique. C'est une personne serviable, douce, très complaisante. Son intelligence est intacte. Elle s'occupe la plus grande partie de la journée à des travaux intellectuels. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Les crises présentent les caractères classiques des crises épileptiques. Elles s'accompagnent souvent, non seulement d'émission d'urine, mais aussi d'expulsion de matières fécales.

C... est soumise au traitement bromuré à la dose de quatre grammes par jour. Voici le relevé de ses crises à partir de janvier 1918 jusqu'au 1^{er} juin 1920 :

Années	1918	1919	1920
Janvier	16	3	3
Février	2	5	10
Mars	5	4	8
Avril	3	5	13
Mai	5	2	14
Juin	7	0	
Juillet	3	11	
Août	5	1	
Septembre	6	7	
Octobre	9	11	
Novembre	9	2	
Décembre	2	7	

Total : 168 crises en 29 mois.

Moyenne des crises par mois : 5,7.

Durant toute cette période, la malade n'eut jamais plus de trois crises dans la même journée.

Du 1^{er} juin 1920 au 31 août 1921, traitement au tartrate borico-potassique. C... présente en juin 12 crises, en juillet 21 crises, en août 21 crises.

Comme la malade a 3 crises le 29 août, 5 crises en série le 30 août et encore 5 crises le 31 août, nous supprimons le traitement qui n'a donné aucun résultat et nous donnons à la malade de la dialacétine à la dose quotidienne de 0,40 centigr. Nous n'obtenons aucune diminution des crises qui s'élèvent au nombre de 22 pour tout le mois de septembre.

Le traitement au luminal est commencé le 1^{er} octobre 1920, puis nous remplaçons le luminal par le gardénal à partir du 1^{er} décembre 1920. La dose a d'abord été de 0,20 centigr. par 24 heures, puis à partir du 1^{er} septembre 1921 de 0,25. Voici le relevé des crises pendant 13 mois de traitement :

Octobre 1920	8	
Novembre	6	
Décembre	4	
Janvier 1921	1	
Février	13	(dont 7 en série).
Mars	3	
Avril	2	
Mai	4	
Juin	3	
Juillet	10	(dont 7 en série).

Août	2
Septembre	7
Octobre	4

Total des crises : 67 en 13 mois, soit 5,1 crises en moyenne par mois.

Après avoir pris connaissance de la communication de M. Ducosté, faite ici-même le 27 juin 1921 sur le traitement de l'épilepsie par la phényléthylmalonylurée, très impressionné par les heureux résultats que notre collègue avait obtenu en associant la belladone au gardénal, j'ai prescrit à C..., à partir du 1^{er} novembre, en plus des 0,25 c. de gardénal, deux pilules contenant chacune 0 gr. 01 d'extrait de belladone et 0 gr. 01 de poudre de belladone.

La malade a eu un accès le 2 novembre ; le 11 novembre, elle a 6 accès en série, le 12 trois accès et le 13 deux accès. A partir de cette date, suspension des accès jusqu'au 1^{er} décembre, jour du début de l'état de mal.

Le 1^{er} décembre, de 4 h. 50 à 5 h. 45, la malade a six crises en série ; de 17 h. 30 à 18 h. 20 dix autres crises ; une autre crise à 20 h. 15.

Le 2 décembre, C... a quatre crises entre 6 et 8 heures, cinq crises de 13 à 17 heures ; à 20 heures, elle a deux crises consécutives, à 21 heures trois crises consécutives. Dans l'intervalle des séries de crises, la malade reprend connaissance. Les urines sont normales.

Le 3 décembre, C... a 18 crises qui se reproduisent à peu près d'heure en heure. Elle reprend connaissance entre les crises, mais reste obnubilée ; les réflexes patellaires sont abolis ; les réflexes pupillaires sont conservés. La température qui était restée jusqu'alors normale s'élève le soir à 37°8. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine.

Le 4 décembre, on note sept crises de 2 heures à 9 heures. La température n'est encore que de 37°8 à 9 h. 30, mais le pouls bat à 120 pulsations par minute. A partir de ce moment, C... tombe dans le coma ; la résolution musculaire est complète ; les réflexes patel-

lares restent abolis. Le pouls oscille entre 132 et 140 pulsations. La température est prise d'heure en heure ; on constate qu'elle s'élève lentement, elle atteint 38°6 à 20 heures, 39°4 au moment de la mort qui a lieu le 5 décembre à 7 heures du matin.

Pendant toute la durée de l'état de mal, C... a continué à prendre 0 gr. 25 de gardénal par 24 heures. Elle prit en plus le 3 décembre cinq grammes de bromure de potassium par doses fractionnées, le 4 décembre trois grammes. Matin et soir, le 3, 4 et 5 décembre, elle reçut un lavement contenant 5 gr. de bromure et 5 gr. de chloral. Enfin le 4 décembre, au début du coma, une ponction lombaire était pratiquée et on prélevait 25 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien ne renfermant qu'un lymphocyte par millimètre cube et 0 gr. 15 d'albumine. Après la ponction, injection sous-cutanée de trois centimètres cubes d'une solution d'adrénaline au 1/1000. Injections de caféine et d'huile camphrée à plusieurs reprises pendant la période comateuse.

L'autopsie faite 24 heures après la mort n'a décelé aucune autre lésion macroscopique des centres nerveux qu'une congestion intense de tout l'encéphale.

Cette observation est instructive à plusieurs titres. Laissant de côté les périodes de traitement par le tartrate borico-potassique et par la dialacétine qui n'ont donné aucun résultat, nous pouvons comparer le nombre de crises pendant les 29 mois de traitement par le bromure et pendant les 13 mois de traitement par le gardénal. Nous trouvons que dans la première période la malade a eu par mois une moyenne de 5,7 crises et pendant le traitement par le gardénal une moyenne de 5,1 crises. La différence en faveur du gardénal est bien faible. Pendant la période de bromuration, la malade n'a jamais eu plus de trois crises par jour, tandis que pendant la période de traitement par le gardénal, elle a eu en 13 mois deux séries de sept crises et en dernier lieu un état de mal mortel.

Cette observation montre : 1° que chez certains épileptiques le traitement par le gardénal n'est pas supérieur au traitement bromuré ;

2° que l'état de mal peut éclater au cours d'un traitement par le gardénal ;

3° que ce traitement peut avoir d'abord pour résultat de grouper les crises en série. Les périodes sans accès sont plus longues qu'avec le traitement bromuré ; mais alors la question suivante se pose : N'est-il pas préférable pour les épileptiques d'avoir des crises plus fréquentes, mais isolées, que des crises plus rares, mais en série ? Pour notre part, l'observation précédente nous servira d'exemple et dorénavant nous n'hésiterons pas à substituer dans de tels cas le traitement par le gardénal au traitement bromuré.

DISCUSSION

M. RAFFEGEAU. — Le cas que vient de citer M. Marchand est très intéressant, mais je me rappelle avoir vu moi-même succomber, il y a 8 ou 10 mois, un jeune homme de 18 ans, au cours d'une série de crises subintrantes. Or, ce malade n'avait pas pris de Luminal et des cas du même genre ont souvent été observés.

J'estime donc qu'on n'a pas le droit absolument d'attribuer la mort de la pensionnaire de Charenton à l'usage du Luminal.

Pour mon compte, depuis 1914, j'ai eu à traiter par le Luminal environ quatre cents cas d'épilepsie et je n'ai jamais remarqué aucun symptôme grave dû à ce médicament ou même à sa suppression.

Pendant la guerre, en effet, et même depuis, c'est-à-dire jusqu'à l'apparition du Gardénal, il est arrivé à un certain nombre de mes clients de ne pouvoir se procurer le Luminal nécessaire et je ne sache pas qu'aucun d'eux ait été incommodé par la suppression autrement que par le retour des crises.

L'emploi du Luminal dans l'épilepsie continue à me donner les meilleurs résultats et, si je m'en rapporte aux témoignages que j'ai recueillis de tous côtés, les confrères qui ont adopté ce mode de traitement s'en applaudissent également. Dans les quartiers d'asile notamment réservés aux épileptiques, là où le plus triste spectacle accompagné de cris s'offrait à la vue,

c'est maintenant le calme : les crises sont rares, très atténuées et les malades, dont le visage n'a plus la même expression d'hébétude, peuvent être occupés à différents travaux, ce qui leur permet de gagner leur vie, au lieu d'être une lourde charge pour le budget départemental.

J'engage donc tous mes confrères à user sans crainte du Luminal ou du Gardénal, aux doses et dans les conditions déjà indiquées.

M. DUCOSTÉ. — L'observation de M. Marchand est unique, à ma connaissance, car on n'avait fait connaître jusqu'ici que des cas d'état de mal après suspension brusque de la médication ; ce qui est tout autre chose.

Un fait aussi exceptionnel légitimerait quelques doutes s'il n'avait été observé par M. Marchand qui apporte une rigueur extrême à toutes ses démonstrations ; il est évident qu'un épileptique peut mourir de convulsions qui n'ont rien à voir avec le mal comitial, du fait, par exemple, d'hémorragie cérébrale, de congestion, d'urémie, etc. Cet argument est de faible valeur, quoique les partisans irréductibles du Gardénal ne manqueront pas d'y penser.

Ils expliqueraient peut-être plus aisément le cas malheureux de M. Marchand par la qualité défectueuse du produit qu'il a employé : il est d'observation courante que son efficacité est variable : certains malades affirment que telle marque est plus active que telle autre ; les infirmières signalent spontanément parfois que le médicament « ne rend pas ». Les convulsions, disparues depuis longtemps, réapparaissent ; on administre alors des échantillons de fabrication plus récente ou plus ancienne, ou d'origine étrangère, et tout rentre dans l'ordre. Si donc le hasard avait voulu que l'épileptique de M. Marchand fut tombée sur un produit défectueux, son observation ne pourrait pas être interprétée comme un cas de mort par état de mal au cours du traitement : elle s'ajouterait aux cas de mort par absence ou cessation brusque de thérapeutique.

Cependant je prévoyais, ici-même, il y a quelques mois, qu'on imputerait tôt ou tard au Gardénal des accidents mortels. On en a observé pour tous les médi-

caments, même les plus communément employés. L'unique cas de mort — celui qui nous occupe — attribuable à la Phényléthylmalonylurée, alors qu'elle est actuellement d'un usage si répandu, consacre cette substance comme médicament tout à fait inoffensif, infiniment moins dangereux certes, non seulement que le néosalvarsan, mais que la quinine, le pyramidon ou l'antipyrine.

Il convient de remarquer, d'autre part, que l'épilepsie dont M. Marchand vient de nous entretenir est tout à fait exceptionnelle, comme gravité et comme résistance aux agents thérapeutiques. Ni le bromure, ni le tartrate borico-potassique, ni le gardénal n'ont agi contre elle. A peine a-t-on obtenu une période de répit par l'association de la belladone au gardénal.

De tels exemples de malignité, rares dans le mal comitial, sont plus communs dans la syphilis ou le paludisme, réfractaires parfois aux sels de mercure et d'arsenic, ou à ceux de quinine. Mais peut-être estimera-t-on que le caractère exceptionnel de ces faits ne contrindique pas l'usage d'agents médicamenteux si généralement efficaces.

Je remercie M. Marchand d'avoir bien voulu essayer la formule que j'ai préconisée contre les convulsions comitiales, c'est-à-dire la synergie phényléthylmalonylurée-belladone-caféine. C'est par elle seulement, alors que tout échouait, que ce cas exceptionnellement grave a bénéficié d'un court suspens. Peut-être cette médication appliquée dès le début aurait-elle eu des avantages plus marqués.

M. J. ROGUES DE FURSAC. — Il me semble que la dose quotidienne de 0,25 cgr. de gardénal à laquelle s'est arrêté M. Marchand est peut-être un peu faible. J'ai vu à plusieurs reprises les crises persister avec cette dose et disparaître avec des doses plus fortes (0,30, 0,40 et même 0,50 cgr., je n'ai jamais dépassé cette dernière dose). — Quoi qu'il en soit, en admettant — ce qui est très possible — qu'une dose plus forte eût été sans influence dans le cas de M. Marchand, cela démontre seulement qu'il y a des épileptiques chez qui la phényléthylmalonylurée est sans action. Il ne faut pas s'en

étonner. Il n'existe sans doute aucune médication qui n'ait connu des insuccès. Je crois cependant que les insuccès du gardénal sont vraiment rares. J'ai soigné, à l'heure actuelle, par ce médicament, plus d'une trentaine de malades. Dans un cas, j'ai eu un échec complet. Mais il s'agissait d'une hémiplegie cérébrale infantile avec attaques épileptiformes, non d'épilepsie à proprement parler. Dans un cas d'épilepsie authentique, avec crises très fréquentes, j'ai vu ces dernières diminuer dans une proportion appréciable, mais néanmoins rester assez nombreuses (une tous les quinze jours, quelquefois davantage) pour que ce cas puisse être considéré comme un demi-insuccès. Dans un troisième cas enfin, j'ai constaté par deux fois une intolérance très marquée. Au bout d'une quinzaine de jours, avec des doses très modérées de gardénal (d'abord 0,10 cgr., puis 0,15 cgr.), le malade fit une éruption scarlatiniforme très intense et très étendue, avec état anxieux, manifestations hystériformes, fièvre, pouls petit et rapide, menaces de syncope. Le médicament fut suspendu et en quelques jours tout rentra dans l'ordre. Je fis alors une nouvelle tentative, avec 0,10 cgr. par jour. Très rapidement, plus rapidement que la première fois, au bout de quatre ou cinq jours, les phénomènes d'intolérance réapparurent (1). — Ce sont les seuls cas défavorables que j'aie rencontrés dans le traitement par la phényléthylmalonylurée. Dans tous les autres cas, j'ai vu les crises convulsives et les vertiges disparaître complètement ou devenir extrêmement rares. J'ai pu rendre à leur famille des malades internés depuis longtemps. Plusieurs ont repris une vie absolument normale. L'un d'eux, chez qui crises et vertiges ont complètement disparu depuis de longs mois avec 0,20 cgr. de gardénal, est entré comme employé de bureau dans l'Asile même où ses crises l'avaient fait interner.

(1) J'ai appris, depuis la séance de la Société, que mon collègue Rodiet, qui m'a succédé dans le service des hommes de Ville-Evrard, avait été plus heureux que moi. Il a fait chez ce malade une troisième tentative qui a pleinement réussi. Les phénomènes d'intolérance n'ont pas reparu et les crises ont été, comme c'est la règle, très favorablement influencées.

M. RAFFEGEAU. — Ainsi que je l'ai déjà dit, le luminal est un médicament *suspensif*, non *curatif*, et si, après avoir arrêté les crises chez un épileptique syphilitique, il vient à être supprimé, la même cause subsistant ramènera les mêmes effets : la réciproque s'observe également et je citerai à ce propos le fait suivant : Une de mes premières clientes âgée de 21 ans et sujette à de fréquents accès, Mlle M., n'avait plus eu de crises depuis qu'elle avait commencé l'usage du luminal. Au bout de dix-huit mois, elle fut atteinte d'une sorte de *lupus* pour lequel elle entra à Saint-Louis. Là elle fut soumise à des injections antisypilitiques qui réussirent parfaitement. Rentrée chez elle, elle ne prit plus de luminal comme à l'hôpital et continua à se bien porter, sans le moindre accès. — Il est donc indiqué, lorsqu'on a affaire à un épileptique, d'avoir recours à l'analyse du sang, et d'instituer tout d'abord, en cas de réaction positive, le traitement spécifique.

M. ROUBINOVITCH. — Le cas très intéressant de M. Marchand est tout à fait exceptionnel. Pour ma part, j'utilise le gardénal dans mes services de l'Hospice de Bicêtre et de la Fondation Vallée depuis dix-huit mois : 23 jeunes filles et 49 garçons atteints d'épilepsie sont traités par ce médicament à des doses variant entre 0 gr. 10 et 0 gr. 30 centigr., sans que j'aie eu à constater chez eux un seul cas d'état de mal plus ou moins grave ou mortel. Dans le courant de l'année 1921, j'ai eu à enregistrer trois décès d'épileptiques à l'état de mal, mais aucun d'eux n'avait été traité au gardénal. La suppression brusque de ce médicament détermine presque toujours un retour offensif des crises comitiales, mais, même en pareil cas, je n'ai pas observé de véritable état de mal.

Sur mes 72 épileptiques traités par le gardénal, huit ont présenté des éruptions soit scarlatiniformes, soit morbiliformes, soit, simplement, urticariennes. Ces éruptions de nature anaphylactique se sont montrées plus fréquentes chez les filles que chez les garçons : 6 fois sur 23 filles et 2 fois sur 49 garçons. A la suite de ces éruptions, les manifestations comitiales sont

devenues encore beaucoup plus rares que sous l'influence du gardénal seul.

M. TOULOUSE fait remarquer qu'en somme l'emploi du gardénal n'a pas eu de résultats supérieurs à celui d'un médicament qui a fait ses preuves, le bromure, le seul remède qui, bien manié, se soit montré d'une efficacité constante et absolue dans le mal comitial.

M. ROUBINOVITCH. — Pour mieux se rendre compte de l'évolution de l'épilepsie sous l'influence, soit du gardénal, soit de n'importe quel autre traitement, il est utile, entr'autres moyens de contrôle, d'enregistrer l'état du réflexe oculo-cardiaque d'une façon périodique. On constate alors que la « tachycardie résiduelle », sur laquelle j'ai attiré récemment l'attention comme étant un stigmate différentiel fréquent chez les vrais comitiaux, se modifie sensiblement au fur et à mesure que le traitement employé exerce une influence favorable. Il y a là un moyen clinique de contrôle thérapeutique qui mérite d'être pris en très sérieuse considération.

M. MARCHAND. — Je ne fais pas le procès du gardénal dont je reconnais les bons effets en général. J'apporte un fait clinique. Je ferai remarquer à M. Ducosté que ma malade prenait du gardénal actif puisque le même produit était donné à d'autres épileptiques avec de bons résultats.

Etats mélancoliques avec hypotension artérielle, traitement par l'opothérapie surrénale et l'adrénaline

Par M. G. NAUDASCHER

Depuis la description de l'insuffisance surrénale grave et progressive de la maladie d'Addison, plusieurs auteurs ont attiré l'attention sur différents cas dans lesquels les symptômes de l'altération glandulaire peuvent être peu marqués et susceptibles d'une régression

plus ou moins complète sous l'influence d'un traitement approprié.

Dans les observations que j'ai l'honneur de soumettre à votre appréciation, il m'a semblé qu'il s'agissait d'une insuffisance fonctionnelle de la glande surrénale améliorée par le traitement opothérapique.

OBSERVATION I. — P...-C... Marie, âgée de 50 ans, est entrée à la maison de santé de Pau le 22 septembre 1912 pour un état de mélancolie consciente avec anxiété et idées de suicide survenu après une longue période de surmenage physique et émotionnel occasionné par la maladie et la mort de son mari. Sortie pendant une quinzaine de jours sur la demande de son frère, elle dut être internée à nouveau le 12 avril 1913.

A ce moment, la malade se plaignait d'une sensation de lassitude extrême, elle ne pouvait dormir et gémissait continuellement surtout pendant la nuit. La tension artérielle était très faible, $Mx = 11$, $Mn = 7$, le pouls rapide et à peine perceptible donnait 96 à 100 pulsations à la minute.

Dans le but d'agir sur l'asthénie musculaire et sur l'hypotension, j'ai prescrit le traitement opothérapique à la dose de 0 gr. 20 par jour d'extrait total de glande surrénale.

Pendant les quinze premiers jours, la pression minima ne fut pas modifiée, mais, dès le quatrième jour, la pression maxima s'éleva à 13 et le pouls devint manifestement plus fort et plus régulier.

En même temps l'anxiété qui jusqu'alors avait résisté à tous les essais thérapeutiques diminua d'intensité et la malade put retrouver un peu de sommeil.

Les pressions furent inscrites chaque jour après un examen pratiqué à la même heure et autant que possible dans les mêmes conditions, la courbe ainsi formée indique dans son ensemble une ascension lente et régulière qui nous a paru en rapport avec une amélioration progressive de l'état général et des symptômes psychiques.

Dès le trentième jour, l'anxiété avait complètement disparu et la malade qui se rendait compte des progrès qu'elle faisait chaque jour, put entreprendre des promenades de plus en plus longues.

A partir du trente-cinquième jour, la pression avait atteint une moyenne normale, $Mx = 16$, $Mn = 9$, la systole cardiaque avait une énergie inconnue jusqu'à ce moment, le pouls marquait 80 pulsations à la minute. Cette amélio-

ration ayant persisté, notre pensionnaire put sortir le 23 mai 1913 et j'ai pu savoir qu'il n'y avait pas eu de rechute depuis plus de sept années.

Dans un autre cas, j'ai eu l'occasion d'intervenir auprès d'une jeune fille dont la tuberculose avait débuté deux ans auparavant par une hémoptysie et chez laquelle l'opothérapie surrénale parut influencer très favorablement un état de dépression accompagné d'asthénie musculaire et d'hypotension artérielle.

OBSERVATION II. — M... Jeanne, âgée de 25 ans, présentait depuis deux mois un état de dépression avec aboulie, découragement et anxiété. Malgré plusieurs consultations médicales affirmant la sédation des symptômes pulmonaires, la situation s'aggravait, la malade se prétendait incapable d'un effort minime; elle s'inquiétait de la sensation de fatigue insurmontable qu'elle éprouvait et cette asthénie musculaire devenait le sujet de préoccupations hypocondriaques qui déterminaient une anxiété de plus en plus vive.

A ce moment, la pression artérielle faible $Mx = 14$, $Mn = 8$, l'accélération du pouls (104 pulsations à la minute) et l'asthénie musculaire très prononcée me parurent justifier l'essai du traitement par l'extrait de glande surrénale.

Les premiers jours, l'amélioration fut peu sensible, le pouls était assez variable (84 à 100 pulsations par minute), la pression minima restait au même point et la pression maxima oscillait entre 14 et 15. Seule l'asthénie avait diminué d'une façon appréciable et l'énergie du myocarde paraissait meilleure.

Cependant peu à peu la courbe de la pression indiqua une augmentation lente, mais progressive, au cinquantième jour, $Mx = 15$, $Mn = 9$, tandis que le pouls est devenu plus régulier, plus fort et moins rapide (80 pulsations à la minute).

L'état mental subit une transformation parallèle et en deux mois nous pouvions constater que la disparition des troubles psychiques avait suivi de très près celle des symptômes physiques qui nous paraissaient en rapport avec l'insuffisance fonctionnelle de la glande surrénale.

Dans un troisième cas de dépression mélancolique avec asthénie musculaire et hypotension artérielle, j'ai essayé le traitement par l'adrénaline à faible dose.

Il s'agit d'une jeune femme de 30 ans chez laquelle une grossesse de deux mois avait pu rester complètement insoupçonnée en raison de l'irrégularité habituelle de la menstruation.

Cette fois encore l'asthénie musculaire diminuait très rapidement et la malade put sortir de son inaction. La pression artérielle se releva peu à peu, l'état mental s'améliora et la certitude d'une nouvelle grossesse fut très bien acceptée.

En cinquante jours, la pression maxima était passée de 14 à 15 et la pression minima de 8 à 9, le pouls plus fort était resté assez rapide (88 pulsations à la minute). Cette amélioration se maintint et la grossesse put évoluer jusqu'au terme normal. Le traitement commencé à la dose quotidienne de vingt gouttes de la solution mère au millième fut continué encore pendant un mois à la dose de dix gouttes par jour.

Dans plusieurs états analogues, je n'ai obtenu aucun résultat appréciable par l'opothérapie surrénale, la similitude n'était sans doute qu'apparente, car les troubles de la pression peuvent être provoqués par des causes multiples. Toutefois, dans les cas que j'ai pu étudier, il semble bien qu'il s'agit d'une insuffisance fonctionnelle de la glande surrénale à en juger par l'amélioration rapide des symptômes observés pour lesquels le traitement paraît avoir eu une action véritablement spécifique.

La plupart des auteurs signalent dans l'insuffisance surrénale légère les troubles du caractère, la tristesse, l'aboulie, l'asthénie musculaire et l'hypotension artérielle, tandis que dans les formes graves on note le plus souvent un état confusionnel avec délire et agitation.

Déjà dans une communication devant la Société de Neurologie (1), MM. Henri Dufour et Rogues de Fursac avaient montré l'heureuse influence du traitement surrénal chez une malade âgée de 54 ans présentant des troubles neurasthéniques avec une grande dépression

(1) HENRI DUFOUR et ROGUES DE FURSAC. — *Neurasthénie et capsules surrénales*, Société de Neurologie, Décembre 1899.

musculaire. A. Williams de Washington (1) décrit une forme de neurasthénie curable par l'opothérapie.

Dans plusieurs observations publiées par Sézary (2), l'insuffisance surrénale n'est devenue manifeste qu'à l'occasion d'une maladie intercurrente, cependant on ne retrouvait pas, même à l'état d'ébauche, les éléments du syndrome Sergent-Bernard. Chez l'une de mes malades, l'insuffisance fonctionnelle latente a sans doute été révélée par la tuberculose et l'altération organique a été assez légère pour pouvoir régresser sous l'action du traitement.

Dans un autre cas, l'apparition des troubles mentaux avait été précédée par une longue période de surmenage physique et émotionnel qui a pu révéler ou même provoquer l'insuffisance glandulaire. Dans une étude récente, Josué (3) a appelé l'attention sur le rôle des capsules surrénales dans l'hypotension artérielle consécutive aux états de surmenage et généralement accompagnée de troubles nerveux d'ordre neurasthénique. Il décrit sous le nom de surmenage surrénal l'insuffisance fonctionnelle occasionnée par « l'exercice musculaire et de plus par le manque de sommeil avec parfois comme cause déterminante une infection ou une intoxication ». On peut admettre également chez la dernière de mes malades l'influence de l'intoxication qui, au début de la grossesse, a provoqué une insuffisance passagère de la fonction surrénale.

Quelle que soit la pathogénie exacte que l'on puisse invoquer, il m'a paru intéressant de vous présenter dans ces quelques cas observés à plusieurs années de distance l'amélioration qui a suivi un traitement destiné à agir sur l'asthénie musculaire et l'hypotension qui dépendaient probablement d'une altération bénigne et superficielle de la glande surrénale.

(1) A. WILLIAMS de WASHINGTON. — *Neurasthénie endocrinienne*, *Médical record*, avril 1917. *Anal. R. N.*, 1920, p. 859.

(2) SÉZARY. — *L'Hypoepinéphrie latente*, *Paris Médical*, avril 1912.

(3) JOSUÉ. — *Traitement de l'insuffisance surrénale*, *Paris Médical* janvier 1917.

M. ROUBINOVITCH. — Pour calmer l'angoisse et l'anxiété de vos mélancoliques, avez-vous employé les préparations opiacées en même temps que l'adrénaline ou l'opothérapie surrénale ?

M. NAUDASCHER. — J'avais essayé auparavant les préparations opiacées sans aucun succès.

L'expertise mentale et la justice militaire Les débiles et les dégénérés dans l'armée

Par J. HAMEL,

Médecin à l'Asile de Maréville

On ne saurait trop louer les magistrats militaires de l'attention scrupuleuse qu'ils apportent aux moindres manifestations de désordre psychique chez les prévenus. Né-des circonstances troublées de la guerre, ce souci d'éviter d'injustes condamnations n'a pas cessé, depuis l'armistice, de guider la conscience des officiers rapporteurs ; et l'on peut dire qu'à l'heure actuelle, l'expertise psychiatrique est devenue presque systématique en matière de justice militaire.

Ayant été appelé, depuis les derniers mois de la guerre, à pratiquer un assez grand nombre de ces examens, je puis, dès à présent, établir quelques données statistiques, et appuyer leur exposé de réflexions qui ne paraîtront peut-être pas dénuées de tout intérêt.

J'ai examiné cinquante-trois prévenus militaires. Les rapports médico-légaux que j'ai rédigés peuvent être classés en 2 groupes. Le premier comprend les rapports ayant trait à des délits ou à des crimes, commis au cours des hostilités, et ayant une relation étroite avec l'état de guerre. Le second concerne les cas postérieurs à l'armistice, ou sans relation avec l'état de guerre : les délits en cause dans cette seconde catégorie sont de nature banale, ils ont été accomplis, ou auraient pu l'être, en temps de paix.

Pour chaque groupe, deux tableaux synoptiques permettent d'apercevoir rapidement, d'une part, les rap-

ports qui existent entre l'état mental et le genre de délit ; d'autre part, les conclusions formulées, en corrélation avec les différentes formes mentales.

1^{er} GROUPE. — *Crimes ou délits de guerre*

TABLEAU I

DIAGNOSTICS	Désertion à l'intérieur	Désertion à l'ennemi	Désertion à l'étranger	Abandon de poste	Désertion et port illégal d'uniforme	Actes d'indiscipline	TOTAUX
Débilité mentale.....	7	»	»	2	»	»	9
Dégénérescence.....	»	»	»	»	1	»	1
Psychasthénie.....	2	2	»	»	»	1	5
Epilepsie larvée.....	»	»	1	»	»	»	1
Alcoolisme chronique.	1	1	»	»	»	»	2
Affaibl. intell.....	1	»	»	»	»	»	1
Psychose halluc.....	1	»	1	»	»	»	2
Traumatismes crâniens....	1	»	»	»	»	»	1
Simulation.....	1	»	»	»	»	»	1
Totaux.....	14	3	2	2	1	1	23

On voit que la débilité mentale simple est en cause 9 fois. J'ai réservé le diagnostic de « dégénérescence mentale » aux cas où l'hérédité est très chargée, les stigmates physiques et surtout psychique très accusés, le déséquilibre des facultés évident. Ainsi comprise, on ne la rencontre dans ce premier groupe qu'une seule fois : il s'agit d'un jeune bourgeois, pervers instinctif, grand mythomane, et qui a commis un délit très caractéristique de son état mental. Il a déserté pour aller faire la fête à Paris où il a été arrêté en uniforme d'officier anglais.

Deux désertions à l'ennemi concernent des psychasthéniques typiques, qui ont accompli leur acte dans un accès de psychonévrose anxieuse. Tous deux ont eu, postérieurement à cet accès, une période de confusion mentale assez courte. Leurs observations, que je publierai, sont calquées l'une sur l'autre.

La troisième désertion à l'ennemi est le fait d'un alcoolique chronique profondément déchu : il a agi sous le coup de l'ivresse aiguë.

TABLEAU II.

DIAGNOSTICS	Responsabilité	Responsabilité atténuée	Irresponsabilité	Irresponsabilité et Réforme	Irresponsabilité et Internement	TOTAUX
Débilité mentale.....	»	5	3	1	»	9
Dégénérescence.....	»	1	»	»	»	1
Psychasthénie.....	»	1	4	»	»	5
Epilepsie larvée.....	»	»	1	»	»	1
Alcoolisme chronique.....	»	2	»	»	»	2
Affaiblissement intellectuel..	»	»	»	1	»	1
Psychose halluc.....	»	»	»	»	2	2
Traumatismes crâniens.....	»	»	1	»	»	1
Simulation.....	1	»	»	»	»	1
Totaux.....	1	9	9	2	2	23

Ce qui frappe dans ce tableau, c'est le nombre élevé des cas où, concluant cependant à l'irresponsabilité complète, je n'ai conseillé ni l'internement, ni même la réforme.

Cette particularité tient dans certains cas à la nature des troubles mentaux en même temps qu'à celle de la faute commise : il est bien évident qu'un déserteur à l'ennemi, qui n'a été soumis à mon examen qu'après l'armistice, n'est pas exposé à récidiver. Quant à l'accès anxieux qui a entraîné son irresponsabilité, il a naturellement disparu, et le malade n'est plus à présent qu'un simple psychasthénique, non internable.

Dans d'autres cas, le passage dans le service auxiliaire m'a paru préférable à la réforme, à une époque où il était nécessaire de conserver à l'armée des individus évidemment tarés, mais encore capables de rendre des services.

L'internement n'a donc été nécessaire que dans deux cas de psychose hallucinatoire méconnue.

La réforme ne s'est imposée que dans un cas de débilité mentale profonde, et dans un cas d'affaiblissement intellectuel post-confusionnel, qui m'a semblé compatible avec le maintien en liberté du sujet.

Je n'ai conclu enfin à la responsabilité entière que dans un cas de simulation évidente : le prévenu simulait l'amnésie et la débilité mentale.

2^e GROUPE. — Crimes ou délits du temps de paix

TABLEAU I

DIAGNOSTICS	Refus d'obéissance	Meurtre	Vol avec ou sans désertion	Outrages à la pudeur	Voies de fait	Désertion	Insoumission	Outrages	Port illégal de décorations	Sommeil en faction	TOTAUX
Débilité mentale.....	1	»	2	»	»	2	1	»	»	1	7
Dégénérescence.....	»	»	5	»	»	3	»	1	1	»	10
Psychasthénie....	»	»	»	1	»	»	»	»	»	»	1
Epilepsie.....	»	1	1	»	»	»	»	»	»	»	2
Alcoolisme chronique.	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	1
Aff. intellectuel post-traumatique.....	»	»	2	»	»	»	»	»	»	»	2
Démence précoce au début.....	»	»	»	»	1	»	»	»	»	»	1
Manie transitoire ...	»	»	»	»	»	1	»	1	»	»	2
Pas de troubles ment., ivresse, simulation.	»	1	»	1	1	1	»	»	»	»	4
Totaux.....	1	2	10	2	2	8	1	2	1	1	30

Tandis que la désertion et ses variétés étaient seules en cause dans le groupe précédent, le vol est ici le plus fréquent. Nous le rencontrons 10 fois sur 30 cas, alors que la désertion ne figure que 8 fois au tableau.

Au point de vue diagnostic, la dégénérescence mentale l'emporte de beaucoup. Je la rencontre 5 fois chez des prévenus de vol. Dans un cas, il s'agit d'un jeune homme de bonne famille, pervers, antisocial, mythomane, tout à fait comparable à celui du premier

groupe. Aussi retrouvons-nous ici un délit de même nature : port illégal de décorations et absence illégale.

La débilité mentale figure encore dans ce tableau pour une part importante. Elle entraîne des délits variés.

Un épileptique blesse une femme, inconnue de lui, au cours d'un équivalent.

Un dément précoce au début brise son fusil et frappe son sergent dans une impulsion.

Un officier de 50 ans, modèle de droiture et d'honnêteté jusqu'alors, victime d'un traumatisme grave (fracture de l'os frontal, coma prolongé) commet un vol enfantin.

Un fils d'alcoolique, dans un accès de manie transitoire, insulte ses chefs. Ce sont là des réactions caractéristiques et qui ne peuvent surprendre.

TABLEAU II

DIAGNOSTICS	Responsabilité	Responsabilité atténuée	Responsabilité atténuée et réforme	Irresponsabilité	Irresponsabilité et réforme	Irresponsabilité et internement	TOTAUX
Débilité mentale.....	»	2	1	»	4	»	7
Dégénérescence.....	»	4	4	»	»	2	10
Psychasthénie.....	»	»	»	»	1	»	1
Epilepsie.....	»	»	1	»	»	1	2
Alcoolisme chronique.	»	»	1	»	»	»	1
Affaiblissement intell. post-traumatique ..	»	1	»	»	1	»	2
Démence précoce au début...	»	»	»	»	»	1	1
Manie transitoire.....	»	1	»	1	»	»	2
Pas de troubles mentaux...	4	»	»	»	»	»	4
Totaux.....	4	8	7	1	6	4	30

Bien différent du tableau correspondant du I^{er} Groupe, ce tableau montre que dans 11 cas, j'ai conclu à l'irresponsabilité. Mais dans 10 de ces cas la réforme m'a paru nécessaire, en raison des récidives probables,

et c'est seulement dans un cas de manie transitoire que j'ai admis l'irresponsabilité sans autre sanction.

Bien plus, sur 15 décisions de responsabilité seulement atténuée, j'ai conclu 7 fois à la nécessité d'éloigner de l'armée les prévenus, après leur condamnation éventuelle, les considérant comme incapables de devenir jamais des soldats de quelque valeur.

Ainsi donc dans 17 cas, sur 30 soumis à mon examen, la réforme m'a paru nécessaire !

La plupart de ces jeunes gens ont été incorporés depuis l'armistice, ce qui ne les empêchera pas, s'ils sont réformés, d'obtenir une pension, alors que manifestement, leur état mental est constitutionnel, et n'a subi aucune aggravation du fait de leur séjour au régiment. C'est là un des effets paradoxaux de la loi du 31 mars 1919. Ceux pour lesquels j'ai proposé l'internement auront même droit à une pension correspondant à une incapacité de 100 0/0 ! Et combien, en France, y a-t-il eu de centaines de cas analogues ?

Ainsi apparaît, une fois de plus, la nécessité absolue d'éviter l'incorporation des débiles et des dégénérés. C'est le conseil de révision, et non le conseil de guerre, qui doit statuer sur leur sort, et il ne le fera utilement que le jour où un spécialiste des maladies mentales en fera obligatoirement partie. Quelques médecins militaires se spécialisent actuellement, dans le but de prendre la direction des centres de Psychiatrie encore existants. On ne peut que se réjouir de cette orientation si manifestement utile dans le milieu spécial de l'armée, mais ils sont jusqu'ici trop peu nombreux. Il faut d'ailleurs, pour se prononcer en connaissance de cause sur la capacité d'adaptation des jeunes débiles ou dégénérés à la vie militaire, une spécialisation très étroite et une expérience déjà longue, que seul un aliéniste de carrière peut posséder. Je trouverais donc désirable qu'un médecin de l'asile le plus proche du chef-lieu, par exemple, fût désigné dans chaque département pour prendre part aux opérations d'un conseil de révision. C'est là une solution logique, et je crois que les Sociétés de Médecine mentale feraient œuvre utile en émettant un vœu dans ce sens.

Traitement des ictus de la paralysie générale

Par MM. DUCOSTÉ et MARTIMOR

Nous avons traité un certain nombre d'ictus de paralytiques généraux par les injections sous-cutanées d'adrénaline.

Voici à quelle occasion : il y a 2 ans 1/2 environ, un de nos paralytiques fut frappé d'un ictus une heure après l'administration intra-veineuse de 0,90 cgr. de néo-salvarsan. Bien que les apparences ne fussent nullement celles de la crise nitritoïde, nous injectâmes, à notre malade, 1 cc. de la solution au millième d'adrénaline, plutôt par acquit de conscience et pour faire quelque chose que dans l'espoir d'un effet thérapeutique. Le malade, bien que son ictus parût sévère, s'améliora dès les premières heures, sa température tomba, son pouls s'abaissa vers la normale ; nous injectâmes la même dose d'adrénaline le lendemain et quelques heures après notre sujet était hors de danger.

Bien qu'il ne soit pas exceptionnel que les ictus de paralytiques guérissent spontanément, nous avons pensé que ce fait comportait peut-être une indication, et que dans ces circonstances où l'on est à l'ordinaire assez impuissant, il y aurait lieu de rechercher si la guérison que nous avons observée n'était qu'une heureuse coïncidence.

Nous avons donc traité systématiquement par l'adrénaline les ictus de nos paralytiques généraux.

Les 7 derniers cas (non compris le premier dont nous venons de parler) et que nous retenons seuls parce qu'ils ont été observés de plus près, nous ont donné six guérisons et une mort.

Notre procédé est très simple : Dès qu'un paralytique est frappé d'ictus, nous pratiquons une injection d'un cc. d'adrénaline. On prend, au Pachon, la pression artérielle immédiatement avant l'injection, 1/2 heure après, et d'heure en heure ensuite.

La pression M_x avant l'intervention est forte : 18, 19, parfois 20 ; la pression M_n est variable : de 7 à 10 et même 11.

Une 1/2 heure après l'injection, la pression Mx tombe de 1 cm., parfois de 2, et elle descend dans les heures suivantes fréquemment de 1 ou 2 cm. encore, jusqu'à la 8^e ou 10^e heure. Deux alternatives peuvent alors se produire, ou la Mx remonte et se rapproche du chiffre initial, ou elle demeure basse ; dans le premier cas, nous répétons l'injection, et la répèterons encore si le même cycle reparaît ; dans le second cas, le pronostic est jugé bon, et nous attendons.

La Mn n'est généralement pas influencée par l'adrénaline ; si elle est modifiée, ces modifications sont faibles et ne dépassent pas un cm. en plus ou en moins.

Le pouls qui, au début, bat à 130, 120, vient à 100, 90, 80 ; ce ralentissement se maintient généralement au delà de la 8^e ou 10^e heure. La seconde injection rapproche le pouls de la normale ou ne l'améliore pas davantage. Parfois il garde quelque instabilité, remonte et descend d'heure en heure de quelques unités.

La température s'abaisse de 40 à 39, 38 ; 24 heures après la première administration elle se rapproche de la normale.

La guérison dans les cas heureux est obtenue à peu près en 48 heures ; elle traîne parfois 4, 5 jours même.

Il est difficile de ne voir dans ces résultats, que des apparences ou de penser que nous sommes toujours tombés sur des ictus qui eussent guéri spontanément.

Les procédés actuellement employés contre ces accidents ne paraissent pas, en effet, bénéficier aussi communément de telles coïncidences. Nous avons d'ailleurs, concurremment avec notre thérapeutique, employé ces procédés : lavements purgatifs et sinapismes, non qu'ils aient fait bien nettement leurs preuves, mais parce que, dans nos services, les infirmiers sont habitués à cette pratique et l'exercent, automatiquement pour ainsi dire, dès qu'un paralytique est frappé d'ictus.

Nous faisons boire également les paralytiques en convulsions. S'ils ne le peuvent d'eux-mêmes — ce qui est la règle — et si l'eau donnée à la cuillère n'est pas déglutie — ce qui est fréquent — nous faisons couler par la sonde 2 litres à 2 litres 1/2 d'eau par 24 heures,

en deux fois. Nous parons ainsi à la spoliation des liquides qui, chez les paralytiques en ictus, est considérable par les urines, les selles, la sueur, la respiration. Il ne semble pas qu'il soit nécessaire d'alimenter des malades dont les fonctions digestives sont probablement suspendues ou viciées et qui, d'ailleurs, meurent ou guérissent avant le 5^e jour qui suit leur ictus.



Nos résultats ne prêtent qu'à des considérations très brèves.

Nous n'ignorons pas que notre méthode a besoin d'être éprouvée sur un plus grand nombre de malades ; elle n'est encore qu'une indication, une suggestion, que nous ne devons cependant pas tenir plus longtemps secrète. Elle est sans aucun danger ; même s'il est nécessaire de renouveler 3 ou 4 fois par jour le milligramme d'adrénaline du début, on peut le faire sans aucune appréhension ; les paralytiques supportent aisément les doses réputées fortes.

Nous ne savons pas comment agit l'adrénaline sur les ictus paralytiques. On n'est pas d'ailleurs très fixé sur les causes de ces ictus : lorsqu'ils seront le fait d'une hémorragie cérébrale — ce qui est très rare — ou d'une hémorragie méningée — ce qui n'est pas fréquent — on peut prévoir que l'adrénaline échouera — bien qu'en réalité nous n'en sachions rien ; dans les autres cas — c'est-à-dire dans presque tous — où la raison d'être des ictus nous échappe, nos expériences permettent, sans doute, d'espérer quelques avantages.

Nous saisissons deux effets de l'adrénaline lorsque nous l'opposons aux ictus : la chute de la tension Mx et l'abaissement du pouls ; et, lorsque ces effets disparaissent, nous administrons de nouveau le médicament, estimant que son action est épuisée ; mais ce ne sont là que les effets accessibles de l'adrénaline ; d'autres beaucoup plus importants assurément, nous échappent.

On peut être étonné qu'une substance unanimement classée hypertensive, nous ait montré des effets exac-

tement opposés à ceux que nous en attendions : cependant ils sont constants.

Ce n'est, au surplus, pas seulement au cours des ictus que l'adrénaline paraît hypotensive.

Injectée à des paralytiques, et quelle que soit la période de leur maladie, l'adrénaline est hypotensive dans 70 0/0 des cas, dans 18 0/0 elle n'a pas d'effet et dans les 12 0/0 qui restent, elle est hypertensive, mais toujours dans une très faible mesure, et même, on peut le dire, négligeable.

Les paralytiques très avancés, dans le marasme, sont à peu près indifférents au médicament, même quand leur tension habituelle est forte. Il en est de même des paralytiques à forme sévère et rapide : l'un de nos malades dont la maladie évolue avec une gravité inaccoutumée, ne tient l'abaissement de 2 cm. de sa Mx que dans la première demi-heure qui suit l'injection : aussitôt après, la pression remonte à son point de départ. Les paralytiques à forme lente, que n'incident pas d'ictus, sont, au contraire, très sensibles à l'adrénaline ; leur pression tombe rapidement de 3 et 4 cm. et revient entre la 8^e et 10^e heure au chiffre original. Il nous paraît que l'épreuve de l'adrénaline apporte au pronostic de la paralysie générale un élément qu'on chercherait vainement ailleurs. Les paralytiques généraux qui réagissent nettement, amplement, à l'adrénaline, semblent à l'abri des ictus ; l'évolution de leur méningo-encéphalite sera longue.

Un paralytique de notre service, dont la maladie fixée depuis deux ans n'a fait aucun progrès et n'a été traversée d'aucun ictus, présente à l'adrénaline les réactions typiques suivantes : sa tension Mx est 17 ; une demi-heure après l'injection elle est 16, et d'heure en heure elle tombe à 15, 14, 13. A partir de la 8^e heure, elle remonte rapidement, arrive à 17 et s'y maintient : ce malade est d'ailleurs complètement dément, il n'a aucune chance d'amélioration intellectuelle. Mais, sauf erreur, la mort n'est pas proche.

Il peut sembler qu'il y ait une contradiction entre l'indifférence de certains paralytiques à l'adrénaline et la sensibilité que ces mêmes malades montrent à

cette substance lorsqu'ils sont frappés d'un ictus ; mais cette contradiction dans l'ignorance où nous nous trouvons de l'action intime de l'adrénaline et des causes exactes de l'ictus, n'est sans doute qu'apparente.

Par curiosité, nous avons recherché l'action de l'adrénaline chez un certain nombre de déments précoces ; chez eux encore l'hypotension est très généralement observée ; les résultats présentent quelques particularités dont nous ne voyons pas encore les enseignements, et sur lesquelles nous nous proposons de poursuivre des recherches.

La séance est levée à 6 heures.

Les Secrétaires des Séances,

R. CHARPENTIER, J. CAPGRAS.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

Essai sur le Collectionnisme, par le D^r Henri CODET, Thèse, Paris, 1921, Jouve, éditeur.

Il était temps que l'on réagit contre la défaveur attachée à ce vocable. Le D^r Codet, en son essai, lui fait une belle défense, et nous montre que le collectionnisme n'est qu'une forme particulière de cette activité de jeu si nécessaire à chaque homme normal tout au long de la vie ; il se définit par ces traits essentiels : esprit de propriété, activité désintéressée, émulation, tendance au classement, et peut comporter une évolution passionnelle, comparable à celle de l'amour, mais entraînant plus de certitudes et de fidélités. L'auteur étudie les conséquences sociales et médico-légales de cette « particularité de l'esprit » et en dissocie un syndrome voisin, expression d'un déséquilibre constitutionnel, qu'il appelle la collectionomanie. Les aliénés enfin présentent bien rarement du collectionnisme vrai ; leurs pseudo-collections doivent être le plus souvent rapportées à des réactions de défense ou à des stéréotypies démentielles. Mais cette analyse si poussée, guidée tant par une information étendue que par une intuition heureuse, se développe selon un mode alerte et sûr, dont l'élégance rehausse encore le mérite.

Albert BROUSSEAU.

Essai sur l'Ironie et la Raillerie, l'Ironie morbide, l'Ironie et la Raillerie chez les Aliénés, par le D^r J. LE MAUX, Thèse, Paris, 1921.

Ce travail dépasse de beaucoup les fins psychiatriques pour lesquelles il fut institué. Dès l'abord, l'auteur s'est efforcé d'établir cette base nécessaire, que nous regrettons en maints travaux, je veux dire ces définitions claires et vivantes, par quoi nulle ambiguïté, nul paralogisme, ne peut plus obscurcir ou fausser le développement de l'idée. Il y a pleinement réussi ; chacun ne peut que gagner à méditer

les définitions de l'ironie et de la raillerie et les conditions nécessaires à leur manifestation. Les applications à la médecine mentale ont donné l'occasion de présenter un faisceau d'observations savoureuses, très finement notées, où l'on saisit par instants les raisons qu'eut l'auteur de si bien comprendre ce sujet délicat. Il y déploie un sens psychologique très aiguisé, nettement orienté dans le sens d'une étude aussi objective que possible : témoin sa critique de la prétendue « mimique ironique » des déments précoces. Une langue claire, amie des termes exacts, revêt agréablement cette thèse qui fait à la fois honneur au Dr Le Maux et au maître si regretté qui l'inspira.

Albert BROUSSEAU.

De l'équilibre psychique et de ses perturbations, par Walter GUT, Zurich, 1921, Institut Orell Füssli.

L'auteur a réuni sous ce titre la substance d'une série de conférences données à Zurich en 1920. Il n'entend point faire de psychiatrie à proprement parler, mais il veut mettre en lumière ces troubles de l'équilibre psychique que suscitent les difficultés et les efforts de la vie quotidienne ; leur importance ignorée peut avoir une influence décisive sur l'évolution de la vie mentale. Il met ainsi en relief les perturbations affectives en rapport avec les troubles physiques, les insuffisances mentales, les problèmes psychologiques inhérents à chaque âge, et les tendances anormales par quoi se révèle en l'individu la maladie de son siècle (mysticisme, romantisme, bolchevisme, etc.). Ainsi apparaît, en notre temps plus que jamais, la nécessité d'une hygiène mentale, non seulement individuelle, mais collective. Les moyens en sont esquissés au chapitre final : il faut mener avant tout une vie positive, tendue vers l'action, qui ne se nourrisse pas de souvenirs et de regrets, mais ne garde du passé que les leçons qu'il comporte ; il faut enfin que le développement de chacun demeure harmonisé à la collectivité dont il fait partie.

Ce petit livre, manuel de pragmatisme à l'usage de tous ceux qu'intéressent la pédagogie et la culture morale, est présenté d'une façon attrayante : l'argumentation, étayée d'exemples clairs, est soutenue surtout par une foi en la puissance de la volonté, dont la vigueur mérite le succès.

A. BROUSSEAU.

JOURNAUX ET REVUES

GLANDES ENDOCRINES

G. MARANON, Essai sur l'Age et l'Emotion. La réaction de l'adrénaline (*Arch. de Med. C. y Espec.* Madrid, 15 mai et 1^{er} juin 1921, pages 337 et 449).

Marañon, après ses travaux bien connus sur « l'âge critique », et ses recherches sur les glandes endocriniennes, s'est consacré particulièrement ces derniers temps à l'étude des phénomènes humoraux de l'émotion, qui ne doit plus être considérée comme un phénomène exclusivement nerveux. Le développement chronologique de l'affectivité n'a, par contre, jamais été étudié : ce sujet apparaît à l'auteur comme d'un très grand intérêt, car, à chaque moment de sa vie, l'homme obéit davantage à l'impulsion instinctive de ses sentiments qu'à l'ordre calme de son intelligence. La participation du système endocrinien dans le mécanisme de l'émotion normale et dans la constitution émotive, permet d'expliquer les oscillations de l'affectivité à travers les âges de la vie.

Dans l'émotion on peut reconnaître trois éléments : psychique (idées, souvenirs, impressions sensorielles) ; expressif (mouvements musculaires, attitudes, gestes), et végétatif (modifications viscérales). Ces dernières sont en relations étroites avec le sympathique et les glandes endocriniennes (le fonctionnement de l'un et des autres étant intimement lié). Ce sont elles qui peuvent être mises en évidence par la *réaction de l'adrénaline*.

On connaît l'effet de l'injection d'une faible quantité de cette substance : elle permet de dissocier à volonté l'émotion organique de l'émotion psychique.

Dans des faits très curieux à noter, l'adrénaline, déterminant les manifestations physiques du syndrome émotionnel, peut, par contre-coup, éveiller l'émotion psychique.

Ainsi, dans une première série de cas, l'agitation organique est si violente, que l'individu qui la perçoit l'associe avec un souvenir généralement triste, déterminant une crise d'angoisse, avec larmes, sanglots ; dans d'autres cas, au contraire, c'est l'impressionnabilité des sujets qui est exaltée.

Une femme du peuple, endurcie par l'adversité, parle sans émotion des malheurs qui l'ont éprouvée. 7 à 8 minutes

après une injection de $\frac{3}{4}$ de milligramme d'adrénaline, elle pâlit, tremble légèrement, sent son cœur battre avec violence, sa poitrine se serre, mais elle est tranquille et sourit ; si on l'interroge, alors, sur ses fils morts, aussitôt, elle se met à pleurer abondamment et à sangloter.

Les individus qui présentent ainsi une telle prédisposition, sont la plupart du temps — fait très intéressant à noter, — des hyperthyroïdiens. Les basedowiens sont ceux qui éprouvent le plus violemment l'action émotive de l'adrénaline. Chez les myxoédémateux, au contraire, la réaction est le plus souvent négative ; enfin, chez les sujets normaux, on peut augmenter la sensibilité à l'adrénaline, en leur faisant préalablement absorber, pendant quelque temps, de l'extrait thyroïdien ; ce que l'adrénaline *détermine*, l'extrait thyroïdien le *prépare* ; ainsi, remarque Marañon, les symptômes de la « constitution émotive » de Dupré correspondent remarquablement avec ceux de l'hyperthyroïdisme : maigreur, instabilité motrice, regard vif et inquiet, cheveux souvent noirs et abondants, instabilité circulatoire, hyperhydrose, vivacité des réactions motrices, exaltation psychique.

Ces données physiopathologiques conduisent l'auteur à noter, à travers les différents âges de la vie, les modifications parallèles de l'activité endocrinienne et de l'émotivité. Les différents âges de la vie, tels qu'ils sont classiquement admis, ne conviennent pas ici. De ce point de vue, l'auteur, se basant sur le fonctionnement du système endocrinien, incorpore dans sa division deux époques fondamentales : la puberté et l'âge critique (climatério).

La séparation entre les différentes périodes ainsi reconnues ne correspond pas à des âges identiques selon les individus.

Dans l'enfance, l'activité endocrinienne est à peu près exclusivement limitée au corps thyroïde et au thymus, qui régularisent l'accroissement encore lent du squelette. A cette époque, la glande génitale, l'hypophyse et les surrénales (celles-ci réduites à la substance corticale) ont encore une fonction très limitée.

Avant la puberté l'auteur reconnaît une *période prépubérale*, caractérisée par la régression du thymus. L'hypophyse entre alors en jeu et détermine les brusques à-coups dans la croissance. La glande génitale ne fait pas encore sentir son influence ; à cette époque, apparaît parfois l'« obésité pseudo-hermaphroditique » décrite par Marañon.

La puberté est caractérisée par l'instabilité des glandes endocrines : les glandes sexuelles, l'hypophyse, le corps thy-

roïde, les surrénales activent énergiquement l'accroissement du squelette et déterminent les grandes modifications sexuelles. L'hypofonctionnement de l'hypophyse rend durable l'obésité pseudo-hermaphroditique ; son hyperfonctionnement, au contraire, détermine chez d'autres sujets la pseudo-acromégalie de la puberté.

Puis la jeunesse commence alors, vers 16 ou 18 ans. Les glandes endocriniennes sont subordonnées aux oscillations de la fonction sexuelle.

A 30 ou 33 ans, s'ouvre la période de la *maturité*, caractérisée par le maximum de régularité dans le fonctionnement glandulaire.

Plus tard, à un âge moins avancé chez les femmes que chez les hommes, survient la seconde crise sexuelle : la sécrétion interne de l'ovaire ou du testicule présentent les mêmes à-coups que lors de la puberté ; en même temps, apparaît une instabilité fonctionnelle des autres glandes, surtout les surrénales et le corps thyroïde, avec tendance à l'hyperfonctionnement. Cet *âge critique*, longuement étudié par Marañon dans un ouvrage célèbre, n'est pas l'apanage exclusif de la femme. Après cette période, survient la « première vieillesse ». La vieillesse vraie, quel que soit l'âge du sujet, n'apparaît pas tant que subsiste l'activité sexuelle et celle des autres glandes endocrines.

Enfin, la *sénilité* commence lorsque décroît l'énergie endocrinienne et que survient l'atrophie scléreuse des glandes. La cachexie sénile n'est, pour Marañon, qu'une cachexie hypophysaire.

L'émotivité, variable selon les diverses époques de la vie, est l'expression du fonctionnement glandulaire.

Chez l'enfant les émotions sont purement instinctives (amour, colère, joie, douleur, crainte, etc...). A la puberté, dès que se fait sentir la sécrétion interne des glandes sexuelles, apparaissent les émotions de type intellectuel, qui caractérisent l'esprit humain, pendant que s'élargit la sphère affective de l'enfant.

En même temps, l'instabilité des autres glandes endocrines (thyroïde et surrénales en particulier) donne la clef des grandes crises émotionnelles de la puberté et de l'âge critique. Emotions et fonction sexuelle sont intimement liées. Marañon rappelle à ce propos l'adage latin bien connu et la succession de la tristesse à la joie.

Après la première crise sexuelle apparaissent les enthousiasmes pour les personnes et pour les idées : c'est l'époque du « *trémolo affectif* ». Plus tard, les oscillations de l'émo-

tivité vont en diminuant vers un minimum qui correspond à l'âge mûr. Par contre, à la période suivante, qui correspond chez l'homme à l'âge critique de la femme, l'émotivité augmente dans de telles proportions qu'un orateur, parlant depuis 30 ans devant tous les publics, qui venait consulter Marañon la veille de prononcer un discours sans grande importance, éprouvait, à la pensée de ce discours, un *trac* déterminant un tremblement fin des mains et 125 pulsations.

Souvent la période suivante (vieillesse verte) est empreinte de pessimisme ; elle est cependant véritablement l'apogée de la vie, et elle se prolonge « selon l'état du système neuro-endocrinien affectif, et non selon l'état des artères, comme on le dit couramment ».

Enfin, plus ou moins tard, la fonction endocrinienne sexuelle s'éteint en même temps que les autres glandes s'atrophient : la cachexie sénile apparaît et avec elle l'égoïsme de la sénilité (et non de la vieillesse) ; cet égoïsme est, selon Lacassagne, une réaction de défense contre l'inattention ou l'oubli de la jeunesse.

Louis PARANT.

A.-M. SIERRA, *Etudes psychopathologiques sur l'émotion expérimentale* (*Semana médica*, Buenos-Ayres, 25 août 1921, page 226).

L'étude de l'émotion expérimentale a été faite avec une dose fixe de 1 cm³ de chlorhydrate d'adrénaline au 1/1.000^e (par voie hypodermique). L'auteur a vu apparaître de véritables crises émotives, avec un riche cortège de symptômes tant physiologiques que psychiques.

Il les a enregistrés sur de nombreux graphiques qui illustrent son étude.

De ses recherches, il résulte que la vérité n'est pas plus dans le camp des « périphéristes », pour qui l'émotion est un phénomène d'origine organique que dans celui des « centristes » pour qui elle est un phénomène d'origine psychique. « Pour qu'il y ait émotion proprement dite, c'est-à-dire dans le sens psychologique du mot, il est nécessaire que le côté physiologique du phénomène soit complété par le côté psychologique, et *vice-versa*. »

C'est là une conclusion fondamentale que les expérimentateurs ne doivent pas perdre de vue.

Louis PARANT.

MÉDECINE GÉNÉRALE

J. MADINAVEITIA, Anaphylaxie, colloïdoclasie (*Arch. de Medicina, Cirujia y Especial*, Madrid, mai 1921).

Dans une longue étude très complète, dont l'intérêt est rendu très grand par les nombreux travaux contemporains, l'auteur relate les premiers travaux sur l'anaphylaxie, ceux de Richet, d'Arthus, de Besredka, puis passe en revue les diverses théories émises, celles de Richet, de Friedberger, de Besredka, de Danisz, de Sahli, et surtout la théorie colloïdoclasique de Widal; l'asthme essentiel, l'anaphylaxie digestive et médicamenteuse, la « maladie du sérum », la maladie de Quincke, l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*, l'attaque épileptique, etc., sont considérés comme d'origine anaphylactique. A l'hypotension, aux poussées d'urticaire, aux vomissements, à la dyspnée, s'ajoutent de très profondes modifications du sang : le nombre de leucocytes diminue parfois de moitié, la formule leucocytaire est parfois invertie, la coagulabilité sanguine augmente, l'indice réfractométrique est modifié. C'est ce que Widal a appelé *la crise hémoclasique*.

Le choc anaphylactique a trouvé des applications non seulement en médecine légale (nature des taches), mais en thérapeutique (utilisation du shock anaphylactique dans la fièvre typhoïde, l'hémophilie, le purpura hémorragique, etc.).

L. PARANT.

B. RODRIGUEZ ARIAS, La globulinoase et les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien dans le diagnostic de la parasymphilis (*Arch. de Neurobiologia*, 1921, T. II, p. 156).

Arias, rapprochant les variations de la globulinorachie et celles des réactions colloïdales, pensait que ces deux séries d'éléments de diagnostic avaient une valeur clinique identique, bien que procédant de mécanismes différents.

Après des séries de recherches parallèles sur ces diverses méthodes, il conclut : « Les réactions colloïdales ont, en matière de neuro-symphilis et de parasymphilis, une valeur diagnostique considérable, parfois pathognomonique (syphilis cérébro-spinale et paralysie générale) si l'on obtient des courbes typiques, ou d'autres fois assez utiles (neuro-symphilis) lorsque l'on obtient uniquement des courbes positives non typiques. L'augmentation simultanée des globulines, l'étude parallèle de la cytologie qualitative et quantitative et la recherche de la réaction de B.-W., éclairent beaucoup

l'interprétation de ces réactions en tant qu'elles peuvent permettre de diagnostiquer une variété de neuro-syphilis en se basant sur l'interprétation des courbes non typiques.

Louis PARANT.

NEUROLOGIE

Syphilis latente conjugale du névraxe et réaction du benjoin colloïdal, par CESTAN, RISER et STILLMUNKES. *Acad. de méd.*, n° 30, p. 116, 1921.

La recherche systématique de la syphilis conjugale à manifestations nerveuses, lorsque l'un des conjoints est indubitablement atteint d'une des formes communes (P. G., tabès, syphilis cérébrale), ne doit pas se limiter à ces cas ; la syphilis latente chez l'autre conjoint doit être dépistée. Les auteurs ont, avec profit, utilisé pour cette recherche la réaction de précipitation au benjoin colloïdal.

P. B.

Forme ataxique suraiguë, transitoire et curable du tabès évolutif, par GUILLAIN. *Acad. de médecine*, n° 26, p. 732, 1921.

Il s'agit là d'une modalité qui se caractérise par une ataxie suraiguë, qui se développe en quelques heures et rend d'emblée le malade semblable aux grands ataxiques chroniques. Sont ainsi atteints, des sujets qui antérieurement avaient un tabès frustre et ignoré, évoluant sans aucun trouble de la coordination. Cet état suraigu est transitoire et curable en quelques semaines, des reliquats d'atteinte du névraxe persistant toutefois après l'amélioration.

Ce sont là des formes à rapprocher des cas de P. G. dite galopante ; dans ces derniers, cependant, la gravité est irrémédiable et la mort rapide.

P. B.

Etiologie et prophylaxie de l'encéphalite épidémique. *Académie de Médecine*, n° 10, p. 278 et n° 15, p. 429, 1921.

Rapport présenté par M. Netter au nom d'une Commission nommée par l'Académie. Toute l'histoire évolutive de la pandémie actuelle (1916 à 1921), y est rapportée ; la non-identité avec la grippe y est démontrée ; la contagiosité y est prouvée, et le rôle des porteurs de germes, sains en apparence, mis en évidence.

La longue incubation de la maladie, la persistance extrêmement prolongée de la virulence infectieuse, rendent illusoires, au point de vue prophylactique les mesures quaranténaires. La déclaration obligatoire ne peut que favoriser le dépistage des cas frustrés véhiculeurs de germes et la désinfection.

Pour M. Dopter, il n'existerait qu'une épidémie de rhino-pharyngite à virus spécifique, se compliquant parfois d'encéphalite.

Localisée à l'encéphale, l'affection peut durer des années, alors que des accalmies prolongées font croire à tort à une guérison. Le virus, comme celui de la syphilis, reste vivant dans les centres nerveux. Des réveils de virulence dans les glandes salivaires coïncideraient, d'autre part, avec les réveils du virus, dans les centres nerveux.

La déclaration obligatoire devrait s'étendre même aux cas suspects.

Pierre BEAUSSART.

Fausse encéphalite myoclonique abdomino-diaphragmatique.

Urémie, par MM. KUMNER et FOL. *Acad. de médecine*, n° 19, p. 567, 1921.

Evolution, en une dizaine de jours, d'un cas d'occlusion intestinale avec contractions spasmodiques et rythmiques abdomino-diaphragmatique, suivie de contractions généralisées et de crises épileptiformes. Décès par urémie, sans que l'infection encéphalitique spécifique puisse être incriminée.

P. B.

Similitude entre l'encéphalite épidémique et la méningite tuberculeuse chez l'enfant, par A. JOUIN. *Acad. de médecine*, n° 20, p. 594, 1921.

Symptomatologie méningée typique avec lymphocytose céphalo-rachidienne très abondante, faisant penser à méningite tuberculeuse (un frère décédé, il y a 3 ans, de cette affection). Puis apparition d'une phase de coma avec secousses myocloniques et trismus, qui dura 6 jours. Enfin retour à l'état normal.

P. B.

Transmission placentaire de l'encéphalite épidémique, par MERCIER, ANDRIEUX, Mlle BONNAUD. *Acad. de médecine*, n° 22, p. 625, 1921.

Au 22^e jour d'une encéphalite épidémique, dont elle est atteinte, une mère accouche à terme d'un enfant vivant qui,

quoique séparé de sa mère, présente, à son tour, dès sa 2^e semaine, des crises myocloniques auxquelles il a survécu. La mère, par contre, est morte au 40^e jour de son infection, l'accouchement paraissant avoir aggravé son état infectieux.
P. B.

Encéphalite épidémique et grossesse, par MARINESCO. Acad. de médecine, n° 28, p. 34, 1921.

L'encéphalite peut évoluer sans que la grossesse exerce d'influence défavorable sur l'état de la mère et sans que les nouveaux-nés soient infectés (2 cas Marinesco). Il n'en est pas toujours ainsi et l'infection se termine quelquefois par la mort de la mère, sans que l'accouchement s'effectue. Dans un 1^{er} cas (Marinesco), l'examen histologique des centres nerveux de la mère et du fœtus, montre les lésions de périvascularite, preuve évidente que l'infection placentaire a eu lieu (grossesse de 5 mois). Dans un 2^e cas, une césarienne est pratiquée chez une femme qui atteinte d'encéphalite et au 7^e mois de sa grossesse, meurt le lendemain de l'opération par aggravation de son état infectieux, déjà très alarmant. Le fœtus a succombé après quelques inspirations.

L'infection fœtale, par voie placentaire, est intéressante à connaître et peut être la cause d'arrêts de développements intellectuels.
P. B.

L.-A. HUERTA, Encéphalite léthargique, *Semana Medica*, 29 octobre 1921.

Ayant pratiqué trois injections d'essence de thérébentine sans voir se produire d'abcès, pronostiqua une issue fatale, qui survint bientôt après. Il attire l'attention sur ce produit au double point de vue du pronostic et du traitement. Outre son efficacité thérapeutique, il permettrait de prédire infailliblement la guérison ou la mort.

Louis PARANT.

G. SEGURA, Un cas d'encéphalite léthargique (*Semana Medica*, Buenos-Ayres, 25 août 1921, p. 232).

Les cas d'encéphalite épidémique sont bien moins nombreux en Argentine en 1921 qu'en 1919 et 1920.

Les principales manifestations cliniques de l'observation de Segura se réduisent à : paralysie du membre supérieur droit pendant six jours ; dysarthrie ; phase léthargique avec incontinence d'urine et des matières fécales ; hypersé-

crétion sébacée ; spasticité musculaire avec contractions myocloniques ; léger strabisme divergent alternant.

Louis PARANT.

R. ARGANARAZ, professeur d'ophtalmologie à Buenos-Ayres, Contribution à l'étude du nystagmus physiologique. *Semana Médica*, 9 juin 1921.

Le nystagmus physiologique est considéré par l'auteur comme l'expression symptomatique d'un épuisement du stimulus cortical ; il ne doit donc pas être considéré comme une parésie musculaire. L'auteur pense d'autre part que le nystagmus volontaire n'est pas aussi exceptionnel qu'on le croit généralement ; et après avoir rappelé les observations déjà connues il en apporte une nouvelle.

Louis PARANT.

G.-R. LAFORA, Le nystagmus congénital, et le tremblement héréditaire de la tête ; leur pathogénie cérébelleuse (*Arch. de Neurobiologia*, tome II, page 181).

Le nystagmus congénital est une entité clinique déjà étudiée en France par Lafon, par Claoué, par Thomas ; à l'étranger, par Tapia, Jones, Barany. Le cas curieux rapporté par Lafora d'un enfant de six ans qui présente à la fois des mouvements nystagmiques apparus dès la naissance, et du tremblement de la tête depuis l'âge de trois ans, permet à l'auteur de conclure que l'on a affaire à une dégénération ou à un arrêt de développement localisé au cervelet ou sur les voies qui l'unissent au noyau lenticulaire et au noyau vestibulaire.

Louis PARANT.

Prof. NOVA SANTOS (de Santiago de Galicia), Sur un nouveau signe de la maladie de Parkinson (*Arch. de Neurobiologia*, 1921, tome II, page 393).

Lorsque l'on étend passivement la jambe ou l'avant-bras d'un parkinsonien, on perçoit une sorte de trépidation comme si le mouvement se fait par saccades.

Cette *extension passive trépidante de l'avant-bras et de la jambe* a pu être enregistrée graphiquement par l'auteur.

Les mouvements ainsi réalisés rappellent un peu les mouvements cloniques du pied ou de la rotule, mais sont moins amples et plus lents (3 à 4 par seconde).

Prof. Rob. NOVA SANTOS (de Santiago de Galicia), *Erythromélgie anesthésique, et acroérythroïse chronique parasthésique* (*Arch. de Neurobiologia*, Madrid, T. II, page 171).

De l'analyse de deux cas d'Erythromélgie portant l'un sur le membre supérieur, l'autre sur le membre inférieur, l'auteur conclut que ce syndrome n'est pas symptomatique d'une affection nerveuse définie, mais constitue une entité morbide caractérisée par l'existence de troubles sensitifs. « L'Erythromélgie anesthésique est l'expression de lésions circonscrites à certaines zones très limitées des conducteurs sensibles, et des voies vaso-motrices cérébrales qui se trouvent dans le voisinage. »

L'auteur isole également une *Acroérythroïse chronique parasthésique avec crises érythromélgiques*, qui serait une affection des nerfs vaso-moteurs caractérisée par une érythrodermie permanente avec troubles parasthésiques et par l'apparition de paroxysmes douloureux, violents, à type érythromélgique.

LOUIS PARANT.

W. LOPEZ ALBO (de Bilbao), *Tumeur du nerf acoustique ; diagnostic différentiel des lésions de la région ponto-cérébelleuse* (*Arch. de Neurobiologia*, 1921, T. II, pp. 97, 256).

Longue étude clinique et anatomique avec nombreux dessins et photographies de plusieurs cas de lésions de la région ponto-cérébelleuse : néoplasme du nerf acoustique, kyste arachnoïdien, abcès. L'auteur fait à ce propos une vaste revue générale de l'étiologie, de la pathogénie, de l'anatomie pathologique de ces lésions, mais il étudie plus spécialement leur symptomatologie et leur diagnostic différentiel.

LOUIS PARANT.

P. DEL RIO-HORTEGA, *Histogénèse de la microglie ; — sa distribution régionale* (*Arch. de Neurobiologia*, 1921, T. II, p. 156).

Poursuivant ses longues recherches sur le tissu névroglique, Rio-Ortega précise dans un long mémoire l'évolution d'un élément particulier, la microglie, depuis son apparition au voisinage des méninges et des vaisseaux jusqu'à son installation dans les divers territoires de l'encéphale. Ce beau travail est illustré de 21 planches et de tous les détails techniques désirables. Il aboutit aux conclusions suivantes :

1° Dans le tissu nerveux normal existent toujours des corpuscules mésodermiques immigrés.

2° Ces corpuscules proviennent de la pie-mère, et en particulier des toiles choroïdiennes supérieure et inférieure.

3° Lorsqu'ils pénètrent dans le tissu nerveux, ils éprouvent d'importantes modifications, affectant successivement des formes arrondies, tubéreuses, pseudopodiques et ramifiées.

4° Ces formes sont dues à des mouvements de translation et d'adaptation aux interstices nerveux.

5° Les corpuscules mésodermiques sont des macrophages purs qui interviennent activement dans les processus pathologiques.

6° Dans ces cas ils reprennent successivement les formes pseudopodiques, tubéreuses et arrondies.

Louis PARANT.

A. SIERRA, A propos d'un nouveau thermo-esthésiomètre clinique, Buenos-Ayres, *Semana Medica*, 1921, n° 6.

Pour obvier aux nombreuses difficultés de la recherche de la sensibilité au chaud et au froid, l'auteur a combiné un petit appareil extrêmement simple et facile à réaliser, constitué essentiellement par un tube à essai obturé par un bouchon que traverse un clou. Le même appareil peut ainsi servir à explorer des points ou des surfaces. Dans ce tube on verse des substances frigorigènes ou calorifiques.

Sierra a fait de longues recherches pour déterminer les plus pratiques parmi celles-ci, dont il donne un intéressant tableau. Il conseille plus particulièrement comme source de chaleur l'acétate d'ammoniaque, produit usuel, qui, fondu à la chaleur, se recristallise en dégageant lentement la chaleur emmagasinée : l'appareil peut ainsi rester près de trois quarts d'heure à 43 degrés environ ; de même le mélange d'acide sulfurique et d'eau ; et comme mélange frigorigène, le mélange d'*Orfila* (chlorhydrate et nitrate d'ammoniaque, à 25 gr., eau 30 cc.), avec lequel l'appareil conserve près d'une demi-heure une température inférieure à -7° .

Louis PARANT.

PSYCHIATRIE

Les formes mentales prolongées de l'encéphalite épidémique. par Georges PETIT (de Bourges). *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 28 avril 1921.

A côté des formes mentales d'encéphalite épidémique à évolution aiguë ou subaiguë, actuellement bien connues,

l'auteur signale (avec 3 observations à l'appui) des *formes mentales prolongées* de cette maladie. Dans les cas rapportés, l'activité du virus se manifesta pendant plus d'une année, soit de façon continue (*a) forme mentale prolongée continue*), soit de façon intermittente, avec des rémissions (*b) forme mentale prolongée serpigineuse, oscillante ou rémittente*), ou même de véritables intermissions affectant une allure périodique (*c) forme mentale prolongée intermittente ou périodique*).

Ces formes mentales prolongées peuvent être parfois d'un diagnostic étiologique fort malaisé, les signes somatiques et les manifestations psychiques évoluant le plus souvent de façon discordante ou dissociée, et les symptômes organiques pouvant même s'éclipser totalement durant plusieurs mois, alors que le syndrome mental occupe seul le tableau clinique.

P. B. .

Prodromes psychopathiques de l'encéphalite épidémique. par CHAVIGNY et GELMA. *Acad. de médecine*, n° 30, p. 113, 1921.

Les troubles psychiques à la période prodromique de l'encéphalite peuvent entraîner à des réactions médico-légales, alors qu'une fois accomplies, l'élément pathologique (confusion, onirisme...) qui les a provoquées est disparu, condition qui rend difficile parfois l'interprétation et la connaissance même de la nature morbide des réactions, et peut en imposer pour de la simulation. Ce n'est que l'apparition ultérieure des symptômes révélateurs de l'encéphalite qui éclaire la situation et permet de rapporter à leur véritable cause les actes qui ont motivé l'inculpation. A ce propos, les auteurs rapportent l'observation d'un vol accompli dans les conditions ci-dessus.

P. B.

D. SPERONI, La réaction de Herxheimer dans la P. G. Son importance diagnostique dans la syphilis viscérale en général. (*Semana Medica*, Buenos-Ayres, 23 juin 1921, p. 725).

La réaction de Herxheimer, qui est essentiellement constituée, comme on le sait, par la réaction d'une éruption cutanée syphilitique, sous l'influence d'une injection de néosalvarsan, peut se produire aussi au niveau de tous les autres organes dans lesquels existent des foyers de syphilis en activité ou latente. Elle est en somme comparable cliniquement, sinon biologiquement, à la réaction des foyers tuberculeux, sous l'influence d'une injection de tuberculine.

Aussi, l'auteur les propose-t-il comme moyen de diagnostic pour rechercher la nature syphilitique d'une lésion viscérale indéterminée.

Passant en revue les divers organes, l'auteur étudie de quelle manière se comporte la réaction de Herxheimer pour chacun d'eux, et conclut que le médecin, loin d'abandonner l'emploi du néosalvarsan, lorsqu'il voit réapparaître ou s'aggraver les symptômes, doit, au contraire, considérer que cette réaction est due à des doses insuffisantes de médicament, et doit les augmenter.

Les choses se passent ainsi dans la localisation méningée de la syphilis. « Les méninges sont un lieu de prédilection pour les spirochètes. Leur infection est indiquée par la présence de lymphocytes, l'augmentation de l'albumine, et la séroréaction de Bordet-W. positive. Au cours du traitement, ces manifestations augmentent en raison de la réaction de Herxheimer. Ces phénomènes, attribués jusqu'ici à la toxicité du médicament, doivent être considérés comme une réaction spécifique. » Mais tandis que, pour les manifestations cutanées, la réaction se produit après la première injection, pour les foyers méningés, elle se produit de la 3^e à la 7^e injection. Si l'on poursuit le traitement, ces altérations du liquide céphalo-rachidien s'atténuent peu à peu, jusqu'à la normale, indiquant alors la guérison.

Dans les tabès, où la réaction de Herxheimer a été observée très souvent, l'aggravation des crises gastriques et anales et des douleurs lancinantes, les modifications des réflexes patellaires et pupillaires, les parésies, etc..., loin de faire suspendre le traitement, doivent inciter à augmenter les doses. D'autant plus forte est la réaction de Herxheimer, d'autant plus grandes sont les chances de guérison.

Mais on n'en peut pas dire autant pour la P. G. « Quand la réaction se produit dans le cerveau, elle s'accompagne de symptômes si alarmants qu'ils peuvent déterminer la mort du malade. A l'autopsie, on trouve dans ces cas, une tuméfaction œdémateuse de tout le cerveau et des hémorragies ponctiformes : encéphalite hémorragique. Cette réaction se produit 2 à 3 jours après l'injection, quand la compression produite par l'œdème et les hémorragies a commencé à détruire les fibres et les cellules nerveuses. »

Louis PARANT.

V. RIBON, *Obsession musicale nocturne (Semaña Medica, 3 novembre 1921).*

Observation très curieuse d'un médecin de Bogotá qui,

profondément éprouvé par la mort de sa femme, fit une période de dépression le rendant incapable de tout travail.

« Pendant la nuit, lorsque tout était dans le silence, j'entendais dans ma tête un orchestre admirable qui exécutait une musique profondément belle et triste ; mais ce n'était rien de ce que je connaissais déjà : c'était une musique inconnue, d'une mélancolie et d'une beauté incomparables. Cette audition durait jusqu'à trois heures du matin, heure à laquelle je me levais, accablé de fatigue par l'insomnie. Je dois ajouter que la musique que j'entendais ne se reproduisait jamais, et si elle durait elle changeait constamment. »

« Ce phénomène étrange n'était pas une hallucination, car dans celle-ci le sujet croit à la réalité de l'excitation, tandis que je savais que ce phénomène se passait dans mon cerveau. On doit plutôt le considérer comme un acte d'automatisme cérébral. »

L'auteur qui rapporte cette observation tente d'expliquer le phénomène par les théories de Vaschide et le polygone de Grasset.

Louis PARANT.

A. SIERRA, La doctrine de l' « engrenage » en psycho-pathologie, Buenos-Ayres, *Semana Medica*, 1920, n° 49.

Après un historique fort complet des recherches sur les localisations cérébrales depuis Gall et Flourens, et l'exposé de la théorie de Luciani sur l'*engrenage indéfini et réciproque*, l'auteur donne trois observations de types différents d'épilepsie essentielle, pour mettre en relief, en faveur du *pluralisme fonctionnel* du cortex, qu'une même cause irritative peut donner suivant son siège, des phénomènes d'automatisme ambulateur, des mouvements jacksonniens, ou des phénomènes purement psychiques.

Louis PARANT.

G. BERMAN, Concepts fondamentaux en Psychiatrie médico-légale (*Revista de Criminologia, Psiquiatria y Med. Legal*, 1921, p. 3).

L'Argentine, qui est un pays de progrès, et qui veut n'être en retard sur aucun autre, met en application les théories les plus modernes en matière de criminologie ; et en particulier celles de Verwaeck : « Le polymorphisme de la population pénitentiaire, dit Bermann, dans une conférence prononcée à l'Université de Cordoba, est très grande. Les aliénés

y sont peu nombreux ; le plus grand nombre (parmi ceux qui ne sont pas normaux) est constitué par les débiles mentaux, les fous moraux, les dysgénésiques, les monomaniaques, les intoxiqués, les impulsifs et les psychopathes constitutionnels.

« Ces états intermédiaires entre l'aliénation vraie et l'état normal sont ceux qui tombent le plus fréquemment dans le domaine de la criminologie. C'est spécialement pour cette catégorie de délinquants qu'a été fondée la *Clinique Criminologique* ; appellation fort heureuse due à de Veygas, qui indique toute une orientation, expose une méthode, et définit ses procédés. — L'ancienne Anthropologie Criminelle tombe de plus en plus dans le domaine de la psychiatrie, car elle n'est que la partie de la psychiatrie qui a pour objet l'étude, le diagnostic et le traitement des délinquants plus ou moins anormaux. »

Louis PARANT.

J.-S. COVISA et S. PINEDA, de l'hôpital St-Jean-de-Dieu, de Madrid, Recherches sur la réaction de Wassermann (*Archivos de Medicina, Cirujia y Espec.*, Madrid, novembre 1921).

Les recherches des auteurs ont porté sur 3.000 réactions.

Ils concluent très nettement en faveur de la méthode, qui, si l'on se met en garde contre les erreurs de technique auxquelles sont imputables les échecs, la R. W. possède une très grande valeur diagnostique, et une plus grande encore comme guide pour la direction du traitement antisypilitique : en particulier pendant les longues années de latence symptomatique, ou *période sérologique*, au cours de laquelle le traitement ne peut avoir d'autre guide que le séro-diagnostic.

Louis PARANT.

PSYCHOTHÉRAPIE

Les tendances actuelles de la psychothérapie, par M. SCHNYDER, de Berne (*in Revue Médicale de la Suisse Romande*, sept. 1921, p. 541).

M. le Professeur Schnyder définit la psychothérapie comme un appel du psychisme du médecin au psychisme du malade, en vue de modifier, chez ce dernier, un état de pathologie. Après avoir été longtemps empirique, la psychothérapie est entrée peu à peu dans le domaine de la médecine scientifique.

M. Schnyder rappelle successivement l'Ecole de la Salpêtrière, l'Ecole de Nancy qui, dans la seconde moitié du XIX^e siècle, étudièrent les phénomènes d'hypnose et de suggestion, utilisant, suivant l'expression de M. Pierre Janet,

l'« automatisme », la psychothérapie de Dubois (de Berne), persuasive, éducatrice, éthique, s'apparentant aux méthodes appelées, par Pierre Janet « moralisatrices », la psychoanalyse de Freud, entachée de pansexualisme, et dont on a prétendu faire le traitement exclusif des états nerveux.

Cette dernière doit rester ce qu'elle était à ses débuts, et comme son nom l'indique : une méthode d'exploration psychologique. Les disciples de Freud, remarque très justement M. Schnyder, n'ont pas su éviter l'erreur de ce que Bleuler appelle la pensée autistique, qui façonne la connaissance des choses sur la fantaisie de l'individu et prête un caractère subjectif au jugement. C'est le grand mérite de l'Ecole neuro-psychiatrique française, ajoute M. Schnyder, de s'être montrée réservée à l'égard des doctrines freudiennes : elle a fait preuve en cela de ce respect de la mesure qui est une des marques essentielles de l'esprit latin.

Pour M. Schnyder, la suppression d'un symptôme morbide, si pénible soit-il, n'est pas l'objectif final de la psychothérapie. Adoptant la notion de constitution névropathique, de ce que Dubois appelle psychasthénie primitive, le médecin demandera davantage à la psychothérapie. Il lui demandera de modifier toute la personnalité du malade, de fortifier son jugement, de relever son niveau éthique, bref, d'exercer sur l'individu une action éducatrice dans le sens le plus large du mot. Or, il y a dans une action thérapeutique de cette envergure une partie analytique qui en est la condition première. Le psychothérapeute doit connaître son malade, ses particularités psychologiques, il doit démêler chez lui les causes accidentelles qui ont provoqué telle ou telle particularité pathologique, les conflits psychiques auxquels il a été exposé. La psychothérapie rationnelle et persuasive de Dubois est surtout synthétique. Par son caractère intellectualiste, par l'appel qu'elle fait aux facultés raisonnables de l'homme, par son inflexible logique et sa haute portée morale, elle est, écrit M. Schnyder, le couronnement de la psychothérapie dont certains psychoanalystes, entre autres M. Maeder, de Zurich, proclament eux-mêmes la nécessité. Associée aux méthodes analytiques de psychothérapie, appuyée sur des données de la psychologie biologique, elle sera ce que M. Schnyder appelle la « psychothérapie intégrale ». Le médecin, ne bornant pas ses efforts à une thérapeutique symptomatique, donnera à sa psychothérapie une valeur éducatrice, réformatrice, destinée à affranchir la personnalité humaine de ses faiblesses et à la mettre en mesure de mieux s'adapter aux nécessités de la vie. Par là, il contribuera au perfectionnement psychologique et moral de l'humanité qui, à certaines époques critiques, paraît irrémédiablement compromis.

René CHARPENTIER.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 19 décembre 1921

Présidence de M. le D^r TRUELLE

Délire systématisé de persécution. — MM. TRUELLE et PER-RUSSEL présentent à la Société de Clinique de Médecine Mentale un cas de délire systématisé de persécution chez une aménorrhéique constitutionnelle. — Ce délire, après une période de trois années où il fut uniquement alimenté par des interprétations toutes orientées par l'infirmité génitale, s'est compliqué d'hallucinations multiples rapidement développées et de symptômes de chronicité précoce.

Paralyse Générale et chancre de la lèvre. — M. A. MARIE de l'Asile Clinique présente un nouveau cas de P. G. en rapport avec un chancre induré initial de la lèvre (d'un an avant). Ces cas de chancres extragénitaux, suites de P. G. rapide, ont conduit naguère S. Kich à attribuer le neurotrophisme à la proximité plus grande du chancre par rapport au cerveau finalement infecté.

Troubles du caractère et séquelles mentales de l'encéphalite épidémique chez les enfants. — MM. Marcel BRIAND et Ch. REBOUL-LACHAUX présentent six enfants, âgés de 10 à 15 ans, convalescents d'encéphalites épidémiques, plus ou moins ancienne, enfants ayant, avec les petits débiles à instincts pervers congénitaux, une telle ressemblance qu'on les confondrait, si l'on ignorait que le début des troubles est relativement récent et secondaire à une atteinte d'encéphalite. Ils sont devenus pervers, instables, mythomanes, irritables et malfaisants. Depuis leur maladie, ils sont insupportables, au point qu'on n'a pu les conserver, ni dans leur famille, ni dans les services hospitaliers réservés aux enfants, et que leur internement s'est imposé.

Il est légitime d'admettre que cette infection a suffi pour conditionner d'importants troubles de caractère chez des enfants jusqu'alors normaux, au moins en apparence, mais porteurs de tares héréditaires. Celles-ci seraient sans doute restées silencieuses, sans l'infection des centres nerveux. Ces six malades présentent tous une hérédité plus ou moins

chargée, ce qui confirme, au point de vue de l'encéphalite, l'opinion de Netter et de J. Lépine. Leur histoire clinique vient aussi à l'appui de l'hypothèse de H. Claude, en ce qui concerne les modifications de l'émotivité en rapport avec des altérations corticales insuffisamment contrôlées.

Bien qu'il n'ait pas été relevé, sauf chez une fillette de 10 ans, aucun syndrome parkinsonien, même à l'état fruste, les auteurs admettent que les perversions instinctives et autres troubles du caractère, sont la conséquence de perturbations dans le domaine de l'émotivité.

Ces troubles du caractère, véritables séquelles mentales de l'encéphalite épidémique, auront-ils la même persistance que les perversions instinctives des anormaux congénitaux ? C'est possible, rien ne permet encore de l'affirmer, c'est à l'avenir qu'il appartient de répondre. Ces troubles du caractère peuvent avoir des conséquences médico-légales.

Un possédé laïque, avec hallucinations cœnesthésiques lilliputiennes. — MM. Ch. VALLON et Louis PARANT présentent un malade dépourvu de toute idée mystique, chez lequel cependant des idées délirantes avec hallucinations cœnesthésiques ont abouti à l'idée de possession. Les possesseurs ne sont pas des êtres surnaturels, comme chez les mystiques, mais de petits garçons de 12 ans, qui se sont installés dans son corps. Ils sont très nombreux (200) et persécuteurs.

Ce malade présente, en outre, cette particularité que ses hallucinations qui ne sont pas visuelles mais auditives et surtout cœnesthésiques, ont trait à des êtres de taille lilliputienne (20 cm.). Ces hallucinations sont pénibles.

Forme psycho-organique intermittente ou à éclipses de l'encéphalite épidémique. — M. Georges PETIT (de Bourges) présente, avec graphiques, l'observation d'une femme de 30 ans qui, pendant 14 mois, présenta des troubles psychiques et organiques multiples (parkinsonisme précoce, troubles oculaires, myoclonies, rires et pleurs spasmodiques, délire aigu, anxiété, akathisie, crises convulsives hystéroides, etc.) ressortissant à l'évolution d'une encéphalite épidémique.

Mais cette évolution se fit en trois accès périodiques, d'une durée de plusieurs semaines chacun, après lesquels tout semblait rentrer dans l'ordre. Durant ces intermissions prolongées (l'une a duré près de 8 mois), troubles organiques et symptômes psychiques s'éclipsèrent totalement, et l'on pouvait croire à une guérison complète. L'auteur indique

les conséquences pratiques que l'on peut tirer, du point de vue de la pathogénie, du pronostic et du traitement de l'existence de ces formes intermittentes ou à éclipses de l'encéphalite épidémique.

MM. HAMEL et P. VERNET de l'Asile de Maréville communiquent une observation de syndrome parkinsonnien post-encéphalitique. Ils pensent que l'état actuel du malade doit être considéré comme une conséquence directe et non comme une séquelle de l'infection primitive.

M. P. COURBON et J. EISSEN, de l'Asile de Stephansfeld, discutent la récurrence délirante et l'imputabilité au service militaire des invalidités de guerre. Ils relatent l'histoire d'un ancien combattant qui, après avoir fait toute la campagne dans l'infanterie sans un jour d'hôpital ni de punition et avoir gagné la croix de guerre, faillit être spolié de toute pension, parce qu'à l'en croire, sa maladie datait de l'adolescence.

ASSOCIATION MUTUELLE

DES

MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DU 30 MAI 1921

Présidence de M. Semelaigne, Vice-président

L'assemblée s'est tenue à 3 heures, 12, rue de Seine.

Se sont fait excuser : MM. Alaize, Ameline, Charron, Cullerre, Chaslin, Rougé, Heuyer, Pichenot, Prince, Renaux, Truelle, Valensi, Gassiot, Védie.

Le président donne la parole au secrétaire, M. Delmas.

M. DELMAS. — Messieurs, depuis notre dernière assemblée générale, nous avons eu à déplorer la perte de notre collègue Juquelier. Si la mort n'a ainsi atteint qu'un de nos membres sociétaires, il faut reconnaître qu'elle a choisi un de ceux qui étaient parmi les plus sympathiques et les plus éminents, et qui, s'il avait déjà beaucoup donné à notre science, devait lui donner bien davantage encore.

Juquelier avait fait une carrière brillante et rapide.

Major de sa promotion d'internat, il commença ses études psychiatriques dans le Service de Vigouroux, dont il devint et demeura l'élève de prédilection. De leur collaboration sortit d'abord la thèse inaugurale de Juquelier sur les Délires par auto-intoxication hépatique et plus tard le livre sur la Contagion mentale.

Juquelier fut ensuite successivement interne à l'Infirmerie spéciale avec P. Garnier et à la Clinique Ste-Anne, avec le professeur Joffroy. Il fut ensuite chef de clinique et, dès ce moment, commença à dépenser une activité de journaliste scientifique qu'il ne devait plus cesser dans la suite. C'est ainsi notamment qu'il fut, pendant plusieurs années, le secrétaire de la *Revue psychiatrique* dirigée par Toulouse, et, jusqu'à sa mort, le secrétaire de la Société médico-psychologique.

Juquelier, son clinicat fini, fut chargé du service d'assistant à l'admission de Ste-Anne, auprès de Magnan. Avec un de ses internes d'alors, notre collègue Vinchon, il publia un ouvrage des plus intéressants sur « Le vol pathologique ».

Nommé au concours médecin en chef des asiles de la Seine, il prit la direction du Service de Moisselles.

La guerre survint. Juquelier fut d'abord utilisé dans des ambulances chirurgicales, avant d'être appelé à la direction du Centre neuro-psychiatrique de Tours. Son activité scientifique de guerre fut magnifiquement résumée dans le rapport qu'il publia en collaboration avec Capgras et Bonhomme, *Sur la Confusion mentale*.

La guerre finie, Juquelier avait pris la direction du Service de Vaucluse, là même où il avait fait sa première année d'internat et où il succédait à son maître Vigouroux.

Les meilleures conditions paraissaient maintenant réalisées pour que Juquelier, en pleine force intellectuelle, et mûri par une expérience déjà longue, continuât son heureuse activité scientifique.

Vous savez comment un drame lamentable est venu mettre fin à tous ces grands espoirs.

Juquelier nous laisse son souvenir ; il nous laisse, en outre, une œuvre scientifique assez solide pour que son nom ne périsse pas.

Nous avons le très grand plaisir de souhaiter la bienvenue à de nouveaux adhérents. Ce sont : MM. G. Petit, Viollet, Salomon, Eissen et Billet.

Vous allez maintenant entendre l'exposé de notre situation financière. Je cède la parole à M. le Dr Lallemand qui,

aidé de M. le Dr R. Charpentier, a bien voulu se charger de l'examen des comptes.

M. LALLEMANT. — J'ai vérifié les comptes et les ai trouvés exacts. Je propose de les approuver et de voter des félicitations au trésorier.



M. DUPAIN, trésorier. — Messieurs, voici l'exposé financier de l'exercice de l'année 1920 :

RECETTES DE L'ANNÉE 1920

En caisse en deniers du Trésorier au 1 ^{er} janvier 1920	1.885 97
Subvention ministérielle	600 »
Subvention du Département de la Seine	500 »
Souscriptions d'asiles	2.273 20
Cotisations des membres de l'Association	1.125 25
Solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1920	10.324 73
Revenus des rentes et titres en dépôt au Crédit Foncier	6.794 56
Intérêts des fonds en dépôt au Crédit Foncier	38 68
Remboursement de Bons de la Défense	5.499 70
Remboursement d'une obligation P.-L.-M.	491 46
	<hr/>
	29.533 55

DÉPENSES DE L'ANNÉE 1920

Secours distribués	9.110 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	106 »
Frais de garde et autres au Crédit Foncier ...	47 13
Achat de 736 fr. de Rentes sur l'Etat	13.503 75
	<hr/>
	22.766 88
	<hr/>
Recettes	29.533 55
Dépenses	22.766 88
	<hr/>
Excédent de recettes	6.766 67
Cet excédent de recettes est représenté par :	
1° l'encaisse en deniers du Trésorier au 1 ^{er} janvier 1921	468 42
2° le solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1921	6.298 25
	<hr/>
	6.766 67

DÉTAIL DU COMPTE DU CRÉDIT FONCIER

Le solde créditeur de 6.298 fr. 25 au compte courant de notre Association au Crédit Foncier résulte des opérations en recettes et dépenses effectuées au Crédit Foncier en 1920.

Recettes

Solde créditeur au compte courant au Crédit Foncier au 1 ^{er} janvier 1920	10.324 73
Revenus des rentes et titres	6.794 56
Intérêts des fonds en dépôt	38 68
Remboursement de Bons de la Défense	5.499 70
Remboursement d'une obligation P.-L.-M. (amortie)	491 46
Versement effectué par le Trésorier	2.000 »
	<hr/> 25.149 13

Dépenses

Achat de 736 fr. de rentes sur l'Etat	13.503 75
Chèques	5.300 »
Frais de garde	47 13
	<hr/> 18.850 88
Recettes	25.149 13
Dépenses	18.850 88
Différence	<hr/> 6.298 25

Cette différence 6.298 fr. 25 représente le solde créditeur au compte courant de notre Association au Crédit Foncier au 1^{er} janvier 1921.

DÉTAIL DU COMPTE DU TRÉSORIER

Recettes

En caisse en deniers au 1 ^{er} janvier 1920	1.885 97
Subvention ministérielle	600 »
Subvention du Département de la Seine	500 »
Souscriptions d'asiles	2.273 20
Cotisations des membres de l'Association	1.125 25
Retraits du compte courant du Crédit Foncier (chèques)	5.300 »
	<hr/> 11.684 42

Dépenses

Secours distribués	9.110 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	106 »
Versement au compte courant du Crédit Foncier	2.000 »
	<hr/> 11.216 »

Recettes	11.684 42
Dépenses	11.216 »
Excédent de recettes	468 42

Cet excédent de recettes 468 fr. 42 représente la situation de l'encaisse en deniers du Trésorier au 1^{er} janvier 1921.

AVOIR DE L'ASSOCIATION EN FIN D'EXERCICE, CALCULÉ AU COURS
DE LA BOURSE DU 31 DÉCEMBRE 1920

En caisse en deniers du Trésorier	468 42
Solde créditeur au compte courant du Crédit Foncier	6.298 25
4.660 fr. de rente française 3 0/0	90.772 85
340 fr. de rente française 5 0/0 amortissable 1920	6.647 »
360 fr. de rente française 6 0/0 1920	6.000 »
20 obligations ch. de fer Est-Algérien 3 0/0 ..	5.300 »
48 obligations ch. de fer Midi anciennes 3 0/0	13.248 »
38 obligations ch. de fer P.-L.-M. anciennes 3 0/0	11.039 »
34 obligations ch. de fer P.-L.-M. fusion nou- velle 3 0/0	9.384 »
	<hr/> 149.157 52

BUDGET DE 1921

Prévisions des recettes :

Cotisations	2.000 »
Souscriptions d'asiles	1.500 »
Subvention ministérielle	600 »
Subvention du Département de la Seine	500 »
Revenus des rentes et titres	6.700 »
	<hr/> 11.300 »

Prévisions des dépenses :

Secours à distribuer	10.000 »
Frais de Trésorerie et de Secrétariat	800 »
Frais de droits de mutation et autres du Legs Ritti (1)	1.500 »
	<hr/> 11.300 »
Prévisions des recettes	11.300 »
Prévisions des dépenses	11.300 »

Balance

(1) M^r Albert Père, notaire à Paris, 9, place des Petits-Pères, est le notaire de l'Association.

Des félicitations au Trésorier sont votées à l'unanimité.

Il est ensuite procédé au renouvellement de cinq membres du Conseil, dont les pouvoirs étaient expirés.

Il y a eu de nombreux votes par correspondance.

Sont élus : MM. Arnaud, Charron, Lallemant, Marchand et Truelle.

Le Conseil se trouve donc ainsi composé :

MM. Cullerre, Delmas, Lalanne, Sérieux et Vallon voient leurs pouvoirs expirer en 1922.

MM. Chaslin, Dupain, Rayneau, Semelaigne et Vurpas, en 1923.

MM. Arnaud, Charron, Lallemant, Marchand et Truelle en 1923.

La séance est levée à 4 heures.



A la suite de l'assemblée générale, le Conseil se réunit, conformément à l'article 11 des Statuts, pour désigner les membres du Bureau.

Sont élus : *Président*, M. CULLERRE.

Vice-président, M. SEMELAIGNE.

Secrétaire, M. DELMAS.

Trésorier, M. DUPAIN.

LISTE DES MEMBRES

Membres fondateurs

MM.

Antheaume, Arnaud, Babinski, Briand, Charon, Claude, Chaussinand, Conso, Cullerre, Delmas, Dheur, Dupain, Fillassier, Girma, Hercouët, Lalanne (Y.), Lallemant, Meuriot, Parant, Raynaud, Semelaigne (René), Vallon, Voivenel.

Membres sociétaires

MM.

Abady, Abély, Adam (Aloïse), Adam (F.), Alaïze, Albès, Ameline, Allamagny, Anglade, Archambault (Paul), Arsimoles, Aubry.

Barbé, Baruk, Bécue, Bellat, Belletrud, Benon, Bertoye, Bessière, Bessière (R.), Boidard, Boiteux, Bonhomme, Bonnet, Bour, Bourilhet, Briche, Brissot, Brousseau, Brunet, Burle, Bussard, Buvat.

Calmettes, Camus (Paul), Capgras, Carrier (H.), Castin, Charpenel, Charpentier (René), Charpentier (Joseph), Charuel, Chaumier, Chevalier-Lavaure, Chèze, Chocreaux, Clé-

ment, Clérambault (de), Colin, Collet, Collin (A.), Condomine, Corcket, Cornu, Cossa, Coulonjou, Courbon, Courjon.

Daday, Dalmas, Damaye, Danjean, Delmas, Demay, Deny, Depoux, Dericq, Desruelles, Deswarte, Devaux, Dodero, Dubois, Dubourdieu, Dubuisson, Ducos, Ducosté, Dupin, Dupouy.

Eissen, Euzière.

Fassou, Fenayrou, Frankhauser, Frey.

Gassiot, Genil-Perrin, Gilson, Gimbal, Guiraud, Guyard, Guyot (Aug.).

Halberstadt, Hamel (Jacques), Hamel (Maurice), Haury, Hesnard, Heuyer.

Jacquín, Janet, Journiac.

Kahn (Pierre).

Lachaux, Lafaye, Lagriffe, Laignel-Lavastine, Lalanne (A.), Larrivé, Latapie, Latreille, Legrain, Lépine (Jean), Leroy, Lerat, Levet, Livet, Logre, Loup, Lévy-Valensi, Lwoff.

Maillard, Mairet, Malfilâtre, Mallet, Marchand, Marie, Maupaté, Meilhon, Mercier, Mézie, Mignard, Mignot, Monestier.

Nageotte, Nouët.

Olivier, Ollivier.

Pactet, Page, Pain, Paris, Péliissier, Perrens, Petit, Pezet, Pichenot, Planat, Pochon, Porot, Prince, Privat de Fortunié, Quercy.

Raffégeau, Ramadier, Raviart, R. d'Allonnes, Renaud, Riche (André), Ricoux, Rist, Robert, Rodiet, Rogues de Fursac, Roubinovitch, Rougé (Calixte), Rougean.

Salin, Salomon, Santenoise, Séglas, Sengès, Sérieux, Simon, Sizaret, Sollier, Suttel.

Taty, Terrade, Thibaud, Thivet, Tissot, Toulouse, Toy, Trénel, Trepsat, Truelle.

Usse.

Védie (Henri), Vernet, Viallon, Viel, Vieux, Vignaud, Vinchon, Viollet, Vurpas.

RÉSUMÉ

Membre à vie	1
Membres fondateurs	23
Membres sociétaires	196
Total	220

VARIÉTÉS

CONCOURS POUR LA NOMINATION A DEUX POSTES DE MÉDECIN EN CHEF DES ASILES D'ALIÉNÉS DE LA SEINE

Sur 10 candidats inscrits, huit ont terminé les épreuves du concours : MM. les Docteurs Benon, Brissot, Courbon, Guiraud, Genil-Perrin, Hamel, Violette et Mme la Doctoresse Pascal.

Ont obtenu comme nombre de points :

M. Guiraud, 95 ; M. Genil-Perrin, 93,5 ; M. Courbon, 93,25 ; M. Brissot, 89,5 ; Mlle Pascal, 89 ; M. Hamel, 87,5 ; M. Benon, 81 ; M. Viollet, 70.

Nous reviendrons dans notre prochain numéro sur les incidents qui ont marqué la dernière séance de ce concours.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

VACANCES DE POSTES

Sont actuellement vacants les postes de médecin chef de service des asiles de Fains (Meuse), Prémontré (Aisne), Lafond (Charente-Inférieure).

CONSEIL GÉNÉRAL DE LA SEINE

Résolution tendant à solliciter une subvention sur les fonds du pari mutuel et du produit des jeux en faveur du service créé à l'Asile clinique pour le traitement des psychopathes.

M. HENRI ROUSSELLE, au nom de la troisième Commission. — Messieurs, vous avez décidé la création, à titre d'essai, à l'Asile clinique, d'un service spécial où seront admis librement les psychopathes dont l'état ne nécessite pas le placement dans les formes prescrites par la loi du 30 juin 1838.

Il s'agit là d'une œuvre d'assistance nouvelle, dont le fonctionnement sera lié intimement au dispensaire des consultations externes et qui répond aux vœux récemment formulés par la ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales.

Nous ne doutons pas que l'Etat ne consente à accorder son concours à cette œuvre naissante et nous vous demandons d'inviter M. le Préfet de la Seine à solliciter de M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance

sociales, une subvention sur le produit des jeux et du pari mutuel.

Nous vous proposons en conséquence de voter le projet de délibération suivant :

« Le Conseil général,

« Vu sa délibération du 6 juillet 1921 autorisant la création, à titre d'essai, à l'Asile clinique, d'un service spécial, où seront admis librement les psychopathes dont l'état ne nécessite pas le placement dans les formes prescrites par la loi du 30 juin 1838 ;

« Considérant qu'il s'agit là d'une œuvre d'assistance nouvelle, d'intérêt général, qui répond aux vœux récemment formulés par la Ligue de prophylaxie et d'hygiène mentales,

« Délibère :

« M. le Préfet de la Seine est invité à solliciter de M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales au profit de ce service et du dispensaire des consultations externes qui y sera rattaché, une subvention sur le produit des jeux et du pari mutuel. »

Adopté (1921, C.).

Sur la proposition de M. Paul Strauss, sénateur, la Commission du pari mutuel a accordé une subvention de 40.000 francs. L'ensemble des subventions votées pour l'organisation du nouveau service s'élève à 240.000 fr. Il est accordé pour le fonctionnement : personnel, 318.000 francs ; matériel, 247.000 francs.

MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

DIRECTION DE L'ADMINISTRATION DÉPARTEMENTALE ET COMMUNALE

*Frais d'entretien, de séjour, de traitement et de visite
des aliénés. Recouvrement par les T. P. G.*

Paris, le 4 juin 1921.

Aux termes des lois des 30 juin 1838 (article 27) et 25 juin 1841 (article 29), c'étaient les agents des Domaines qui étaient chargés de poursuivre, contre les aliénés ou les personnes tenues à leur égard de l'obligation alimentaire, le recouvrement tant des frais d'entretien, de séjour et de traitement des malades placés dans les asiles, que des frais de visite par les médecins de l'Administration, de ceux qui sont placés dans les établissements privés.

L'article 28 de la loi du 29 avril 1921 a transféré ces attributions des agents des Domaines aux comptables départementaux. C'est, par suite, à votre administration et aux T. P. G. que va incomber désormais le recouvrement des frais dont il s'agit.

Ce recouvrement devra s'effectuer d'après les prescriptions du Règlement du 12 juillet 1893 sur la Comptabilité départementale, notamment des articles 66 et suivants de ce texte et des §§ 44 et suivants de l'Instruction Générale pour l'application de ce règlement.

Vous voudrez bien d'ailleurs et le plus tôt possible vous entendre avec les T. P. G. pour toutes dispositions utiles à prendre en la matière. Vous vous mettrez également en rapport avec le Directeur de l'Enregistrement pour assurer la remise aux T. P. G. des dossiers des affaires actuellement en cours, au sujet desquelles des notes sommaires doivent vous être présentées par le Directeur de l'Enregistrement.

M. le Ministre des Finances m'a fait connaître que les Receveurs de l'Enregistrement devaient remettre aux T. P. G. un état des frais dont ils ont fait l'avance, avec justifications à l'appui.

Ces derniers leur en délivreront un récépissé au titre du C/ « Versement des Receveurs des Régies » par le débit du compte hors budget du service départemental intitulé « Frais de poursuites des créances départementales » ; compte qui sera ensuite soldé dans les conditions ordinaires.

En ce qui concerne la question du remboursement du Service des domaines du montant des frais avancés pour les instances encore pendantes, des instructions en ce sens sont d'ores et déjà adressées par M. le Ministre des Finances tant aux T. P. G. qu'aux Receveurs de l'Enregistrement.

Je vous prie d'assurer, en ce qui vous concerne, l'exécution des présentes instructions et de m'en accuser réception.

Le Ministre de l'Intérieur,
MARRAUD.

MINISTÈRE DES PENSIONS

SERVICE DES SOINS GRATUITS

Paris, le 23 juin 1921.

Le Ministre des Pensions, Primes et Allocations de guerre,

à Messieurs les Directeurs d'asiles d'aliénés et établissements privés faisant fonctions d'asiles publics.

Par circulaire en date du 3 janvier 1921, j'ai appelé notamment votre attention sur le fait qu'un réformé pour aliénation mentale a droit à une pension correspondant à un degré d'invalidité de 100 0/0 ; et que, si la pension d'un interné réformé pour aliénation mentale est inférieure à 100 0/0, il vous appartient d'en aviser le Directeur du Service de Santé pour qu'il soit procédé à la rectification nécessaire. Je compte sur votre vigilance pour que les instructions ainsi données ne soient pas perdues de vue.

Mais je dois, en outre, appeler votre attention sur le chiffre de la pension qui doit être attribuée pour invalidité de 100 0/0.

Cette pension était primitivement de 2.400 fr. plus 300 fr. de majoration par enfant mineur de 18 ans et, pour un grand nombre d'internés, il semble qu'elle soit restée à ce chiffre. Or, par décret et par instruction du 5 août 1920, des allocations temporaires spéciales et des majorations supplémentaires ont été instituées dont le montant est calculé comme suit :

1^{er} Cas. — Invalidité de 100 0/0 :

a) Allocations temporaires spéciales : 1.000 fr., ce qui porte la pension à 3.400 fr.

b) Majoration supplémentaire pour chaque enfant mineur de 18 ans : 200 fr., ce qui porte la majoration à 500 francs.

2^e Cas. — Invalides de plus de 100 0/0. — (C'est-à-dire, en l'espèce, aliénés porteurs d'une ou de plusieurs infirmités supplémentaires donnant lieu, en vertu de l'article 12 de la loi du 31 mars 1919, à un complément de pension variant de 100 fr. à 1.000 fr.) :

a) Allocation temporaire spéciale : il est fait bloc de la pension, du complément de pension de l'article 12, de l'allocation temporaire spéciale de 1.000 fr. dont il a été parlé au premier cas, des 300 fr. alloués pour chaque enfant mineur de 18 ans et l'ensemble de cette dotation est complétée s'il y a lieu de façon à atteindre le chiffre de 6.000 fr.

b) Majoration supplémentaire pour chaque enfant mineur de 18 ans : 200 fr. ; ces majorations supplémentaires venant en sus des 6.000 fr. précédemment accordés.



Si des internés relevant de l'article 55 ne sont pas en possession de pension calculée comme il a été indiqué au 1^{er} cas ou au 2^e cas, vous voudrez bien en aviser le Sous-Intendant chargé du Service des Pensions dans votre département en le priant d'accorder aux internés en cause les allocations temporaires spéciales et les majorations supplémentaires à compter de la date réglementaire du 1^{er} juillet 1920 (mil neuf cent vingt).

Les sommes nouvelles que vous allez ainsi percevoir vous permettront, sans doute, non seulement de faire entièrement face aux frais d'internement, mais encore d'améliorer le sort des aliénés et de constituer à ceux-ci un pécule comme il est recommandé dans ma circulaire du 3 janvier 1921. En tous cas, il est bien entendu que la majoration supplémentaire de 200 fr. par enfant mineur de 18 ans doit être affectée, au même titre que la majoration principale de 300 fr., conformément aux dispositions de l'article 55.



Vous voudrez bien me tenir au courant au fur et à mesure des rectifications opérées par les Sous-Intendants et m'indiquer le montant des rappels qui vous auront été versés.

Dorénavant, sur l'état trimestriel que vous m'adressez, le chiffre de pension (colonne 16) devra comprendre l'allocation temporaire spéciale et les majorations d'enfants (colonne 17) devront comprendre les majorations supplémentaires. Enfin, dans la colonne « Observations », il conviendra de porter pour chaque aliéné le montant du pécule en formation.

Pour le Ministre des Pensions :

*Le Directeur du Contentieux, des Travaux Législatifs
et des Services Médicaux,*

VALENTINO.

Nota. — La circulaire jointe raisonne sur le grade de soldat ; mais, *quel que soit le grade*, l'allocation spéciale temporaire et la majoration supplémentaire s'appliquent et la dotation, s'il y a lieu, doit être complétée à 6.000 fr.

MONTANT DE LA PENSION POUR INVALIDITÉ DE 100 0/0

	Pensions 31 mars 1919	Allocation spéciale temporaire	Total
	francs	francs	francs
Soldat	2.400	1.000	3.400
Caporal.....	2.430	»	3.430
Sergent.....	2.460	»	3.460
Sergent-major	2.490	»	3.490
Aspirant.....	2.520	»	3.520
Adjudant.....	2.550	»	3.550
Adjudant-Chef.....	2.600	»	3.600
Sous-Lieutenant { 1 ^{er} éch..	3.000	»	4.000
{ 2 ^e éch..	3.600	»	4.600
{ 1 ^{er} éch..	3.650	»	4.650
Lieutenant { 2 ^e éch..	3.850	»	4.850
{ 3 ^e éch..	4.000	»	5.000
{ 4 ^e éch..	4.200	»	5.200
{ 1 ^{er} éch..	4.400	»	5.400
Capitaine { 2 ^e éch..	4.650	»	5.650
{ 3 ^e éch..	4.900	»	5.900
{ 4 ^e éch..	5.150	»	6.150
Chef de bataillon { 1 ^{er} éch..	5.750	»	6.750
{ 2 ^e éch..	6.250	»	7.250
Lieutenant-colonel.....	6.800	»	7.800
Colonel.....	8.400	»	9.400
Général de brigade.....	10.200	»	11.200
Général de division.....	12.600	»	13.600

Pour copie conforme :

Le Médecin en Chef, Directeur.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique



*A propos du Concours de Médecin en Chef
des Asiles de la Seine*

Nous vivons à une époque étrange. Partout, qu'il s'agisse de la vie courante, de questions d'assistance ou de problèmes scientifiques, on voit régner la même instabilité, j'allais écrire la même incohérence, partout on retrouve les procédés qui contribuent pour une si large part au malaise général dont souffre notre pays et que nous constatons sans pouvoir y porter remède.

Les programmes et les modalités des concours sont constamment modifiés à la suite de délibérations hâtives ou de démarches que ne justifie pas l'intérêt général. En voici un exemple tout récent. Le prochain concours de l'internat des Asiles de la Seine devait compter six places de titulaires, ce qui est loin de répondre aux exigences des services. Au dernier moment, le nombre des places a été ramené

à cinq pour des considérations d'ordre utilitaire sur lesquelles on me permettra de ne point insister.

Il y aurait, du reste, beaucoup à dire sur l'internat des asiles et sur le recrutement des internes. Autrefois, pour cinq ou six places, on comptait trente-cinq candidats et plus ; aujourd'hui, c'est à grand'peine si l'on arrive à recruter des concurrents. On a accumulé à plaisir les difficultés d'accès, augmenté le nombre d'inscriptions nécessaires pour être admis à concourir. La création des postes d'assistants répond certes à une idée heureuse, à la condition que cette innovation ne nuise pas à l'intérêt général et que son application soit compatible avec l'esprit et la lettre du nouveau décret relatif au recrutement des médecins des Asiles d'aliénés.

A ce propos, il est permis d'exprimer le vœu que le décret qui supprime l'adjuvat et règle l'entrée dans la carrière des Médecins des Asiles échappe aux modifications que, paraît-il, on songe, d'ores et déjà, à lui faire subir. Ce décret a été minutieusement étudié, il a pour but de recruter par un concours difficile des médecins chefs de service instruits qui pourront donner toute leur mesure dans des postes convenablement rétribués.

On est donc en droit d'exiger des candidats de sérieuses garanties ; on doit même s'assurer que, par un stage préliminaire dont ne sauraient être dispensés les internes des Hôpitaux de Paris, ils ont acquis le savoir et l'expérience dont ils devront faire preuve dans leurs nouvelles fonctions. N'est-ce pas ainsi, du reste, que les choses se passent pour les autres branches de la médecine ? A-t-on jamais vu nommer médecin ou chirurgien des hôpitaux, accoucheur des hôpitaux, oculiste ou laryngologiste des hôpitaux des candidats qui ne pouvaient joindre à

leur titre d'interne des états de service prolongés dans la partie de la médecine pour laquelle ils s'étaient spécialisés. On a supprimé, dans les Hôpitaux de Paris, les centres fameux d'enseignement psychiatrique de Bicêtre et de la Salpêtrière. Il faudra ou les rétablir ou les remplacer.

Remanier les conditions des concours, comme on a tendance à le faire par le fait d'un utilitarisme féroce, aboutit simplement à décourager les candidats, à user les meilleures volontés. Nous avons demandé depuis longtemps qu'on veuille bien établir le statut des médecins aliénistes. Le décret du 3 janvier 1922, marque une étape décisive en ce sens. Il convient de nous en féliciter et de nous y tenir.

L'expérience tentée au détriment du concours de médecin en chef des Asiles de la Seine devrait nous suffire. A un texte réfléchi, mûrement étudié, à un programme qui avait fait ses preuves, on a substitué des épreuves mal réglées et auxquelles on devra apporter de sérieuses modifications.

Cela ne suffisait pas encore. Sans prévenir les intéressés qui, en définitive, sont les médecins des Asiles, on ne s'est pas contenté de remplacer le décret du 12 décembre 1907 par le décret du 13 mars 1920. Sans raison valable et pour obéir à je ne sais quelles impulsions, on a modifié le décret du 13 mars 1920 par le décret du 8 mai 1920, puis par le décret du 29 novembre 1921, complété par l'arrêté du 3 décembre 1921. Où se trouve ici l'esprit de suite si cher à l'Administration plusieurs fois centenaire qui constitue l'assise la plus solide de notre organisation sociale ? Ces changements si contraires à l'esprit scientifique qui est à la base de notre éducation médicale se sont faits, je le ré-

pète, sans qu'on ait pris la peine de nous consulter, avec une désinvolture dont on se serait bien gardé s'il s'était agi d'un statut relatif à un syndicat quelconque d'infirmiers.

Mais voyons les épreuves du concours.

En dehors des épreuves réelles où le candidat est appelé lui-même à faire valoir ses mérites, il existe une épreuve de titres militaires et une épreuve d'états de service comportant chacune 10 points et dont l'appréciation est entièrement réservée au jury.

L'épreuve de titres militaires jouait pour la dernière fois dans le concours qui vient d'avoir lieu. Or, il est apparu de toute évidence, que, faute d'un temps suffisant pour permettre un examen approfondi, faute aussi de renseignements exacts et sur la foi de notes signalétiques incomplètes, de graves erreurs pouvaient être commises. Si cette épreuve devait être maintenue, il serait indispensable que les candidats exposassent eux-mêmes leurs titres militaires. Tel séjour à Dunkerque sous un bombardement incessant, telle période accomplie au Kemmel avec les troupes noires — quelque courte qu'ait été sa durée — valent plus qu'un long temps de service passé dans les ambulances ou les formations sanitaires du front. Et l'on est arrivé à ce résultat paradoxal qu'un candidat qui, à un précédent concours, s'était vu attribuer 5 points pour ses titres militaires, en obtenait seulement 3 au concours suivant.

J'en dirai autant des titres administratifs, des états de service. Cette épreuve n'est pas appelée à disparaître comme la précédente, et, ici encore, l'absence de renseignements précis empêche une évaluation équitable. Tel candidat avait dû organi-



ser de fond en comble un établissement dirigé autrefois par les Allemands. Il avait dû faire face à des révoltes de personnel, à des tentatives de domination soviétique. Qui le savait ? Personne. En fait, le candidat exposant lui-même son œuvre administrative est le seul qui puisse utilement fournir au jury des éléments d'appréciation.

Prenons maintenant les épreuves réelles. Si on laisse de côté l'épreuve sur titres développée par le candidat lui-même, elles se réduisent à deux épreuves cliniques.

L'une d'elles, la première, de beaucoup la plus importante, porte sur deux malades dont l'examen, fait devant le jury, dure une heure et demie. Le candidat a ensuite une heure de réflexion et une heure pour son exposé.

La deuxième épreuve clinique porte sur un seul malade et comporte une heure d'examen et deux heures pour la rédaction du rapport.

Or, la première de ces épreuves est cotée 20 points, la deuxième 30 points. Il y a là une disproportion choquante, étant donnée l'importance respective des épreuves, et le renversement de la formule s'impose de toute nécessité.

Dans un concours d'ordre supérieur comme celui qui nous occupe, où tous les candidats ont une personnalité propre et ont donné des preuves multiples de leur valeur scientifique, les épreuves cliniques ont une importance capitale. Le jury s'était attaché à égaliser toutes les chances ; la première épreuve comprenait pour chaque candidat l'examen d'un homme et d'une femme. La deuxième épreuve comportait exclusivement des cas médico-légaux avérés, tous les sujets choisis par le jury ayant réellement commis des crimes ou des délits. Dans

ces conditions, les méthodes d'examen, les connaissances cliniques, la maîtrise d'un observateur auquel aucun symptôme morbide ne saurait échapper, la sûreté du diagnostic, toutes ces qualités, en un mot, qui font la gloire de l'école française devaient acquérir une importance capitale et dont seuls des médecins étaient capables de mesurer l'importance. Je ne saurais affirmer qu'il en a bien été ainsi.

Il importe donc d'apporter de sérieuses modifications au concours si l'on désire qu'il réponde réellement au but que se sont proposés ses initiateurs.

L'article 2 du décret du 28 novembre 1921 supprime l'article 9 du décret du 13 mars 1920 qui réglait et énumérait les épreuves du concours et décide qu'à l'avenir ces épreuves seront réglées par arrêté ministériel. Aussi le décret du 29 novembre 1921 est-il complété par un arrêté ministériel en date du 3 décembre 1921, pris un mois avant la date d'ouverture des concours et qui se borne à reproduire l'ancien article 9 du décret du 13 mars 1921. Fort heureusement, du reste, car on peut se figurer l'angoisse des malheureux candidats laissés jusqu'à la veille du concours dans l'ignorance la plus complète du programme qu'ils devront préparer.

Mais si l'article 2 du décret du 29 décembre 1921 supprime l'article 9 du 13 mars 1920, il laisse subsister l'article 10 qui fixe le maximum des points à attribuer à chacune des épreuves et reproduit l'énumération de ces épreuves qui figurait à l'article 9 désormais supprimé.

Il y a vraiment des limites à l'incohérence, même lorsqu'il s'agit d'aliénation mentale, et l'on peut se demander si l'on a le droit de gaspiller le temps pré-

cieux d'un ministre et d'un Président de la République en leur demandant de signer de pareilles absurdités.

Toutes les lacunes que nous venons de signaler n'ont pas échappé à l'attention du Jury et son Président voulait profiter de l'article 2 du décret du 29 novembre 1921 pour proposer de suite les modifications nécessaires.

Cette façon de procéder nous est apparue à tous comme infiniment dangereuse. Ce n'est pas au milieu ou à la fin d'un concours, alors que le Jury est sous l'influence du surmenage enduré pendant plusieurs jours qu'on peut attendre de lui des propositions utiles, propositions du reste susceptibles d'être modifiées de nouveau par le Jury suivant.

L'article 2 du décret du 29 novembre 1921 est nuisible sous tous les rapports. Il est contraire aux habitudes scientifiques que nous tenons de notre profession. Il n'offre aux candidats aucune garantie pour l'avenir. Aussi en poursuivrons nous inlassablement l'abrogation.

Ceci m'amène à parler de la présidence du Jury du concours. J'aborde un sujet des plus délicats et je m'efforcerai de le faire avec toute la modération désirable. Prenons d'abord la question de principe. Nous sommes, il me semble, assez grands garçons pour nous conduire nous-mêmes et il y a beau temps que dans les concours de l'assistance publique l'administration ne figure plus dans le jury. Elle se fait représenter à titre consultatif et sous ce rapport le concours de la Seine m'a paru largement pourvu.

Si, cependant, la présence d'un président inspecteur général peut se justifier au point de vue administratif, ce qui n'est pas démontré, il nous sera peut-être permis de penser qu'il serait possible,

par déférence pour des hommes qui — toute question d'âge mise à part — ont derrière eux un long passé scientifique, de leur donner comme président un médecin au lieu d'un légiste. Le corps si distingué des inspecteurs généraux a sous ce rapport de vieilles traditions et les noms des Foville, des Napias et des Regnard est encore présent à toutes les mémoires. Les éléments ne manquent pas dans le corps actuel des services administratifs et il suffirait de revenir à la saine tradition d'autrefois. On éviterait ainsi le retour des incidents fâcheux qui ont marqué les séances du dernier concours.

L'examen des aliénés est chose fastidieuse pour quiconque n'est pas médecin, surtout quand cet examen dure une heure et demie. Aussi l'assistance ne s'étonna-t-elle pas de voir notre Président suivre l'exemple du sage Epiménide. Le fâcheux c'est qu'il y ait là un motif de cassation du concours.

Ces repos momentanés étaient suivis d'un redoublement d'activité, si bien qu'on était en droit de se demander comment un seul homme pouvait suffire à la tâche écrasante qui paraissait lui incomber. La préoccupation dominante de notre distingué Président était d'abrégier la durée des épreuves. Cela pouvait se défendre au point de vue administratif, mais allait à l'encontre des intérêts des candidats, des exigences de l'examen des malades déjà trop réduit, à l'encontre aussi de l'enseignement résultant de l'expérience du concours lui-même. Aussi, en entendant développer ces multiples projets, je ne pouvais m'empêcher de songer à ces Alsaciens parmi lesquels je compte tant d'amis, auxquels l'administration française vient proposer des solutions hâtives qui heurtent trop souvent leur esprit délié et la solidité de leur jugement.

La dernière séance fut des plus mouvementées.

Le Président crut devoir se départir de la neutralité dans laquelle il s'était maintenu. Il restait un candidat et un dernier vote à émettre. Le Président qui, jusque-là, s'était abstenu de voter crut devoir user de son droit pour faire pencher la balance. Doit-on attribuer ce fait à l'activité déployée pendant toute la durée du concours par l'un des plus sympathiques et, en tous cas, par le plus opiniâtre de nos collègues ? Je ne sais. Toujours est-il que cette attitude étrange s'aggrava du refus de mettre aux voix les notes proposées par trois juges sur six.

Et comme l'ironie du hasard ne perd jamais ses droits, à la suite de cette intervention, pour le moins inopportune, le Président du concours fut, lui profane, sacré aliéniste et neurologiste français. C'est du moins la mention qui figure au-dessus d'une superbe photographie publiée récemment par une des revues de notre spécialité.

D'aucuns s'en indignent. Il est préférable de sourire en se rappelant le temps où la désignation des juges de l'adjuvat n'échappait pas à toute critique, et la célèbre coquille du *Journal officiel de la République française* annonçant la constitution du jury par voie de *triage* au sort.

J'espère n'avoir pas dépassé la mesure d'une saine critique. On me dit, pour plaider les circonstances atténuantes, que notre éminent président est un véritable répertoire de science administrative. On le consulte comme on feuillette le Dalloz. J'en suis persuadé, mais on me permettra de faire très respectueusement remarquer qu'un répertoire est un répertoire. Le Dalloz n'a pas voix délibérative.

Henri COLIN.

LE SYNDROME DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

ETUDE SYNTHÉTIQUE

Par M. KLIPPEL
Médecin des Hôpitaux

En cette année 1922, la pensée des psychiatres se fixe particulièrement sur la paralysie générale.

Les organisateurs du centenaire de Bayle demandent à leurs collaborateurs d'exposer à la fois l'histoire de la paralysie générale et les notions qui s'y rattachent, certaines ou probables, acquises depuis un siècle.

Comme, suivant des travaux que j'ai poursuivis depuis des années, la paralysie générale doit être comprise comme un syndrome, je voudrais ici, en me plaçant à un point de vue synthétique, donner ses raisons d'être, par lesquelles je suis arrivé à en affirmer l'existence certaine, et non sans me souvenir des travaux de tant d'auteurs, qui ont contribué à la faire admettre.

A cet exposé, la thèse de Bayle ne perdra rien de l'importance de sa place et de sa valeur réelle, pour la part de vérité qu'elle contient.



La paralysie générale n'est pas un mode de terminaison de très diverses maladies mentales proprement dites et définies, et dans lesquelles elle ne serait d'ailleurs qu'une issue éventuelle, suivant l'opinion d'Esquirol.

La définition du syndrome de la paralysie générale exclut de tels caractères, en impliquant pour chaque cas une maladie unique, ayant un début, une évolution et une fin qui sont toujours les mêmes.

La conception de Bayle, inspirée par l'expérience

de ses maîtres, fait de la paralysie générale une entité morbide, mais sans en apporter une preuve complète, car il aurait fallu démontrer que l'inflammation diffuse de l'encéphale est toujours de même nature.

Si Bayle avait fait cette démonstration, le syndrome de la paralysie générale serait encore possible, puisque, pour ne citer que deux exemples seulement, j'ai démontré l'existence d'une paralysie générale arthritique, par lésions purement dégénératives des artérioles et des cellules de l'écorce cérébrale et une paralysie générale tuberculeuse, ce que j'ai fait avec l'aide du D^r Pactet et de ses élèves Conso et Bour. Et que ces formes définies, placées à côté de l'encéphalite de Bayle, pouvaient constituer, sous quelques rapports, une collection d'entités morbides, pour être distinctes chacune par leurs causes et leurs lésions, mais identiques par leurs symptômes principaux et par leur marche.

Cependant la diversité des lésions rencontrées dans l'ensemble des malades, va de l'encéphalite, infection primaire ou secondaire, jusqu'à des lésions purement dégénératives et jusqu'à des altérations impliquant la spécificité de maladies distinctes, au point que j'ai pu distinguer trois groupes basés sur ces notions.

Le syndrome de la paralysie générale n'est pas établi sur l'étiologie vraisemblable que peut révéler la clinique, mais par la démonstration que peut faire l'histologie, quand elle reconnaît des lésions qui appartiennent à des maladies différentes.

C'est une erreur de croire, qu'en cette matière, on peut arriver à juger de la nature de la maladie que l'on observe par la clinique seule, alors que les malades présentent souvent tout un ensemble de causes, qui ne sont que des facteurs étiologiques, ayant un rôle secondaire vis-à-vis de la maladie qui grave ses propres caractères dans l'encéphale.

Que l'on rencontre chez un même malade, et cela n'est pas rare, surtout chez la femme paralytique, tout un ensemble de causes : tares héréditaires, excès vénériens, alcoolisme, syphilis, surmenage et vie désordonnée, infections diverses, le dernier mot doit apparte-

nir à l'examen histologique, en ce qu'il peut préciser la nature des lésions.

Quel nombre d'autopsies faut-il faire, avant d'être en état d'affirmer, ou de nier, la réalité du syndrome dont il s'agit ici !

Il est remarquable de voir avec quelle légèreté, une cause nosologique unique est attribuée à la paralysie générale, sans tenir le moindre compte de l'importance relative que peut avoir tel facteur étiologique et en se tenant exclusivement sur le terrain de la clinique, alors que la nature des lésions n'est établie que par un examen histologique répété pour chaque malade.

Comme je l'ai écrit ailleurs, on ne peut comprendre cette manière d'affirmation, que par le désir de guérir une maladie dite incurable.

Et de fait, ceux qui traitent la syphilis, là où je ne vois qu'une cause prédisposante éventuelle, prétendent avec des traitements assez intenses pour guérir une syphilis cérébrale avérée, obtenir des rémissions, ce qui veut dire qu'ils ne savent pas, ou n'admettent pas, que les rémissions sont incluses dans la marche naturelle de la maladie. D'autres, plus nombreux, affirment la guérison, pendant que moi, qui élève ici des prétentions à savoir, je suis obligé de dire n'avoir jamais guéri un seul de ces malades.



Le point de départ du syndrome de la paralysie générale fut de préciser la nature des lésions de tout un ensemble de malades ayant présenté les mêmes signes cliniques, pour aboutir à la multiplicité des maladies vraiment causales dans la série des cas.

Parmi toutes les causes étiologiques élémentaires, dont le faisceau constitue une connaissance complète de la maladie, il en est une seule qui en régit la nature.

Déceler cette cause, c'est en même temps fixer la valeur, au moins approximative et le rôle, parfois lui aussi marqué par des lésions organiques, des autres causes élémentaires.

I. — Des trois groupes qui composent le syndrome,

se dégage, en première ligne, par sa fréquence, l'encéphalite inflammatoire décrite par Bayle.

Peut-on, suivant l'opinion de plusieurs médecins, en admettre la nature syphilitique ? Au point de vue clinique, il faut le reconnaître, il s'en faut de beaucoup que l'on puisse toujours retrouver une syphilis antérieure chez les malades. Il y a nombre de cas où l'examen le plus minutieux des antécédents demeure négatif.

Si l'on admet alors une syphilis ignorée du malade et n'ayant provoqué aucun accident chez sa femme et chez ses enfants, on fait une hypothèse, dont la valeur est d'autant moindre, que c'est l'hypothèse contraire qui s'imposerait devant des faits négatifs.

C'est dans ces conditions que d'autres recherches ont été entreprises.

La présence de leucocytes dans le liquide céphalo-rachidien est banale en pathologie et n'est pas constante, même dans la paralysie générale inflammatoire dont il est question ici, surtout lorsqu'il s'agit d'une première ponction.

Si la leucocytose existe, elle a la même valeur que les cellules rondes qui entourent les artérioles de l'encéphale, *c'est-à-dire qu'elle démontre l'inflammation*, mais sans impliquer en rien que ce soit telle ou telle infection qui la produit.

Vient ensuite la réaction de Bordet-Wassermann. Je laisse de côté le cas où elle apparaît au cours de l'évolution d'un chancre, alors qu'elle n'existait pas à son début, conditions très spéciales, où sa valeur est démontrée dans bon nombre de cas. Mais quelle notion peut-elle nous donner en pathologie générale, quand elle va de la lèpre aux traumatismes pratiqués chez des animaux de laboratoire, de la scarlatine à l'insuffisance hépatique la plus accidentelle et la plus passagère et sur les résultats de laquelle ses partisans ont jeté le discrédit des résultats antérieurs, en y introduisant un degré douteux, après dix ans d'affirmations catégoriques en plus ou en moins.

Je sais qu'il existe encore de plus récents procédés de laboratoires, mais pour ceux-là, il vaut mieux attendre encore avant de les juger.

La clinique peut encore établir son jugement sur les résultats du traitement spécifique.

Ceux qui aujourd'hui affirment guérir la paralysie générale par la médication arsénicale, contre l'opinion d'Ehrlich, inventeur de cette méthode, qui affirmait, au Congrès de Londres, que ni le tabès, ni la paralysie générale n'étaient influencés par elle, ceux-là guérissaient déjà ces maladies au temps où ils les traitaient par le mercure.

Ce qu'il faudrait, ce serait de montrer les résultats positifs chez des paralytiques généraux avérés, excluant la syphilis cérébrale typique et la neurasthénie.

Et d'autant plus que ce qu'on voit chaque jour, ce sont des effets nocifs, quand les doses du médicament atteignent le degré qui convient à la guérison de la syphilis.

En dépit de ses apparences et de son optimisme, le paralytique général est au fond un sujet débile et par là devant être ménagé au plus haut point.

Certains médecins, plus timides, ne prétendent qu'à des rémissions, qui sont des états stationnaires avec disparition de certains symptômes, ou qui marquent seulement une amélioration de ces symptômes, en ce qu'ils sont variables, suivant les jours, ou les moments de la journée, ce qui peut être une cause d'erreur dans les degrés de la rémission que l'on apprécie.

Mais ces médecins croient-ils que les malades traités par d'autres méthodes, ou simplement par des règles de régime et d'hygiène, ne présentent pas, eux aussi, des rémissions ?

Il faut cesser d'insinuer que la rémission implique que l'on pourrait obtenir la guérison par le même traitement.

Comme je n'ai cessé de le répéter et de l'enseigner depuis quelque dix ans, les doses suffisantes pour guérir une lésion vraiment syphilitique de l'encéphale, déterminent très souvent, chez le paralytique, une marche rapide vers l'issue fatale. A la suite de chaque injection, il est de règle d'observer une congestion de la face, et, dans beaucoup de cas, une poussée analogue du côté de l'encéphale, qui se traduit par une attaque apoplectiforme, ou épileptiforme.

Or, à la suite de chaque attaque, le malade ne revient jamais à l'état antérieur, mais s'enfonce de plus en plus dans la démence. De là une marche plus rapide de sa maladie, soit qu'il succombe à une attaque, soit qu'il en revienne amoindri.

Ces faits sont pour montrer que l'application du traitement est contraire à l'opinion d'une lésion syphilitique.

Cela posé, si la paralysie générale inflammatoire n'est pas de nature syphilitique, il n'en reste pas moins que, pour un certain nombre de malades, elle peut être une cause prédisposante, ainsi que je l'ai admis.

A ce titre, s'il ne convient pas de traiter des malades par les méthodes précédentes, il convient, même au point de vue de la paralysie générale, de poursuivre l'effort de la lutte antisiphilitique, à laquelle s'attache notre Société de Prophylaxie mentale.

L'examen de l'œil donnera-t-il des renseignements en contradiction avec les faits précédents ? Le tabès, dans les antécédents duquel on rencontre la syphilis avec une si grande fréquence, peut se rencontrer en coïncidence avec la paralysie générale, mais sans cette coïncidence, il n'existe pas d'atrophie optique du type tabétique dans cette dernière maladie. Les lésions qu'on rencontre au niveau de la papille chez le paralytique général, et qui appartiennent habituellement à la troisième période, étant d'un tout autre genre.

Pour le signe d'Argyll-Robertson, il faut rappeler qu'il implique une dissociation de deux réflexes oculaires, dont l'un, le lumineux, est aboli, ou en tout cas très diminué, et dont l'autre, l'accommodateur, est conservé. Une diminution notable de tous les deux à la fois, ne saurait prendre le nom du signe précédent.

Enfin la clinique montre encore que le paralytique général qui a présenté un chancre syphilitique, l'a contracté à un âge relativement jeune, tandis que sa paralysie générale est survenue vers quarante ans, c'est-à-dire que cette dernière maladie est en retard sur le chancre de dix ou quinze ans, pour citer un chiffre approximatif.

Or, voici ce que démontre l'étude de la syphilis elle-même.

La virulence de l'accident primaire est marquée par l'extrême facilité de la contagion à cette période.

La barrière lymphatique ne suffit pas à arrêter la généralisation dans l'organisme entier et la période secondaire démontre encore l'état de virulence par la contagion de ces accidents.

Ensuite la virulence décroît à ce point que si les manifestations tertiaires sont encore contagieuses, elles le sont à un degré assez faible, pour que leur contagion soit discutable et même niée par certains auteurs, dont la compétence ne laisse rien à désirer, comme Ricard, par exemple.

La virulence va donc en décroissant du chancre à la période tertiaire.

C'est donc à l'époque où la virulence de la syphilis est du moindre degré, que se déclare une encéphalite, dont le caractère est de s'étendre et de se diffuser par des lésions impliquant un processus du plus haut degré d'infection.

C'est là un argument qui contredit nettement sa nature syphilitique.

Que l'on observe encore ce qui se passe dans les lésions démontrées syphilitiques de l'encéphale lui-même. C'est exactement le contraire. Plus ces lésions se rapprochent de l'époque du chancre et plus elles sont multiples ou diffuses dans l'encéphale.

De sorte que ces lésions, dont la nature syphilitique ne fait aucun doute, obéissent à la loi évolutive de la syphilis, et alors que la paralysie générale se trouve en contradiction avec elle.

Il faut observer encore que les paralytiques généraux ne présentent aucune lésion sur la peau ou sur les muqueuses qui puisse démontrer une syphilis en évolution actuelle, contrairement à la syphilis cérébrale où des gommes existent parfois en dehors des centres nerveux.

Nous allons voir maintenant que l'anatomie pathologique exclut formellement la nature syphilitique des lésions de la paralysie générale dans sa forme inflammatoire.

On peut dire que, d'une façon très générale, les histologistes qui étaient en même temps des médecins et des pathologistes, ont nié la nature syphilitique de l'encéphalite paralytique.

Parmi ceux-ci, il faut citer les plus compétents, en cette matière, ceux-là même qui avaient démontré l'existence anatomique de la syphilis cérébrale, c'est-à-dire Virchow, Lancereaux et Cornil.

Ces trois auteurs, au moment où l'on tendait de plus en plus, d'abord en Allemagne et ensuite en France, à considérer le tabès et la paralysie générale comme relevant d'une étiologie syphilitique, ces trois auteurs ont opposé les protestations les plus catégoriques, en ce qui concerne la nature syphilitique des lésions histologiques de ces maladies.

La vérité est que les lésions de la paralysie générale inflammatoire n'ont aucun caractère spécifique.

Même les cellules plasmatiques que l'on trouve en proportion variable, mêlées à d'autres variétés, dans la gaine des artérioles de l'encéphale, sont des éléments d'un ordre très banal. L'accord sur ce point doit être complet aujourd'hui, attendu que des auteurs français qui avaient adopté sur ce point la doctrine allemande, au moment où leur compatriote leur affirmait que les cellules plasmatiques se rencontraient dans des encéphalites d'étiologies variables, ont pu trouver plus tard, dans les ouvrages allemands, la description de ces cellules, dans des maladies allant de l'abcès du cerveau jusqu'au cancer de cet organe.

Si l'on prend dans leur ensemble toutes les réactions inflammatoires notées dans l'encéphalite paralytique, les altérations du liquide céphalo-rachidien, la leucocytose démontrée par ponction dans ce liquide, comme elle l'avait été dans les ventricules de l'encéphale, les manchons de cellules rondes et de cellules plasmatiques observés autour des artérioles, les granulations qui constituent le chagrinage des ventricules, on est en droit de les rapporter *toutes* à un processus inflammatoire infectieux, d'ordre banal.

Et ces altérations trouvent mieux leur explication de la sorte qu'en invoquant la syphilis, parce que les

lésions spécifiques qui caractérisent la syphilis avérée de l'encéphale, font ici complètement défaut.

Ainsi on ne saurait rapporter à la syphilis, ce qui appartient à l'inflammation en général.

Enfin, au point de vue bactériologique, on ne peut rencontrer le parasite de la syphilis que chez les paralytiques généraux qui ont été atteints de cette maladie, soit avant, soit au cours de leur paralysie générale.

Est-ce avant, comme c'est de beaucoup le cas le plus fréquent, il faut rappeler que parmi les trois groupes qui composent le syndrome de la paralysie générale, il en est un où l'encéphalite vient se greffer sur des lésions préalables de nature diverse, à titre d'infection secondaire (groupe des paralysies générales associées).

La part qui, dans ces cas, revient à la syphilis, est ainsi faite.

La part qui doit lui être faite dans tous les cas où il existe une syphilis antérieure et dont la proportion demanderait à être fixée avec plus de rigueur scientifique qu'elle ne l'a été, en la basant sur autre chose qu'une réaction aléatoire et discréditée, ne peut en tout cas s'élever jusqu'à fournir la notion de la nature de la maladie.

Il faut d'ailleurs reconnaître qu'en dehors de la syphilis, il y a beaucoup d'autres facteurs étiologiques, qui ont leur rôle et leur importance dans la genèse de la paralysie générale inflammatoire. On peut les trouver jusque dans l'état de la civilisation et du développement affiné, quand il se joint à des excès de tout genre que peut entraîner la vie dans certaines conditions.

La syphilis, universellement répandue chez des peuples d'un autre genre de vie, est absolument insuffisante à créer chez eux une prédisposition à la paralysie générale.

Ce qu'on peut observer chez nous, en particulier lorsqu'il s'agit de la femme, c'est la nécessité d'une accumulation de causes prédisposantes, comprenant, outre la syphilis, l'alcoolisme, les excès vénériens, les intoxications, les tares héréditaires, tous ces facteurs étiologiques prédisposants se rencontrant à la fois chez un même individu.

II. Après avoir considéré la paralysie générale inflammatoire primitive ou associée à des lésions préalables, comme une infection banale, le syndrome paralytique offre d'autres formes, dans lesquelles l'étiologie peut être précisée en toute évidence.

Certainement l'encéphalite inflammatoire est la forme la plus fréquente, mais il n'est pas permis d'ajouter qu'elle est aussi la forme la plus typique. Attendu que ce qui fait le syndrome de la paralysie générale, ce ne sont pas les signes que l'on retrouverait dans toutes les maladies inflammatoires de l'encéphale, mais ceux qui se rapportent spécialement à l'encéphalite paralytique.

Des malades qui, au jour de l'autopsie, présentent des lésions, et par conséquent des maladies différentes, ne se distinguent pas les uns des autres par les signes qui composent le syndrome paralytique, mais quand des distinctions nosologiques peuvent être faites entre eux par la clinique, elles sont établies sur autre chose.

L'un des malades qui m'a servi à établir l'existence de la paralysie générale tuberculeuse, peut à ce point de vue être cité comme un exemple de syndrome paralytique dans son expression clinique la plus parfaite.

Ce malade, examiné au début de sa maladie par plusieurs médecins aliénistes, a été l'objet d'un diagnostic qui ne comportait pas la moindre restriction. Suivi ensuite à l'asile avec le plus grand soin, on n'a jamais admis un autre diagnostic tiré de la marche de la maladie.

Ainsi du début jusqu'à l'autopsie, rien n'a laissé supposer la possibilité d'autre chose qu'une paralysie générale, en pleine conformité avec la description classique.

Parmi les deux formes anatomiques de la paralysie générale tuberculeuse, ce malade présentait celle qui peut caractériser la tuberculose au plus haut point.

Il y avait, d'une part, des tubercules disséminés dans l'encéphale et des plaques de méningite constituées histologiquement par des tubercules bacillaires ; d'autre part, des lésions dégénératives diffuses créées par les toxines bacillaires.

Voudrait-on prétendre à faire rentrer ce cas dans le

groupe des paralysies générales associées, dans lesquelles une encéphalite inflammatoire vient se greffer, à titre d'infection secondaire, sur des lésions préalables, ce qui départagerait le rôle de la tuberculose ?

C'est impossible. Ce qu'il y a de remarquable, c'est qu'il n'existait ici aucune des lésions décrites par Bayle.

Ni érosions en dehors des points où il y avait des plaques de méningite tuberculeuse, ni hyperhémie, ni chagrinage des ventricules, et l'examen histologique permettait d'exclure l'encéphalite inflammatoire.

C'est donc à la fois sur des caractères positifs impliquant la spécificité des lésions tuberculeuses et sur des caractères négatifs, excluant une autre affection, que se trouve établie, en ce cas, la nature de la maladie causale.

Il en est ainsi, au point de vue clinique et au point de vue anatomique, pour d'autres malades qui présentent le syndrome paralytique dans ses traits classiques et chez l'ensemble desquels on trouve des lésions qui attestent des maladies différentes au point de vue causal.

Telle est la paralysie générale arthritique dans sa forme typique, où il n'y a pas d'infection encéphalique secondaire. Des lésions, d'un ordre purement dégénératif, sont diffusées sur les artérioles et sur les cellules corticales.

Dans les cas habituels, il existe un athérome notable sur l'hexagone de Willis, ses branches et les artérioles méningées visibles à l'œil nu (lésions qui n'appartiennent absolument pas à la paralysie générale inflammatoire, sauf association), et, de plus, des lésions d'artériosclérose des artères des membres, de l'aorte et du rein. Mais les lésions d'athéronose que l'on observe sur les grosses artères de l'encéphale, ne sont pas la condition du syndrome paralytique ; elles sont seulement l'indice de la même maladie en action sur les artérioles et les cellules de l'écorce du cerveau.

La paralysie générale des alcooliques peut être constituée par des lésions purement dégénératives, dont les caractères observés sur les artérioles et les cellules cor-

ticales, sont distinctes des dégénérescences observées dans les paralysies générales inflammatoires.

Il est vrai que l'encéphalite inflammatoire se greffe souvent sur ces lésions, mais il arrive que les recherches les plus minutieuses ne permettent de démontrer que quelques rares foyers d'inflammation, au point qu'ils pourraient n'être que des lésions terminales de leur maladie.

L'absence d'encéphalite inflammatoire dans la paralysie générale des tabétiques, est encore beaucoup plus rare et la maladie apparaît chez eux comme une infection secondaire greffée sur des lésions cérébrales analogues à celles qui existent dans les cordons postérieurs.

Si l'on tient compte des caractères anatomiques des lésions du tabès, de leur localisation dans la moelle au niveau des cordons postérieurs et de leur marche lente et chronique, on voit que de telles lésions s'opposent, à tout point de vue, avec celles de l'encéphalite qui est la condition anatomique de la paralysie générale associée au tabès.

Ici, ce qu'on observe, c'est un processus nettement inflammatoire, d'une diffusion extrême et ayant une marche relativement rapide.

Pour ces raisons, il est difficile, en se plaçant au point de vue de la nosologie, de rapporter les deux ordres de lésions à une même cause.

Logiquement, il faut voir dans l'encéphalite, dont il s'agit, une infection secondaire subaiguë, en action sur le cerveau préalablement lésé par le tabès.

Le syndrome de la paralysie générale est encore réalisé par plusieurs maladies. Tel est le cas de l'helminthiase diffuse de l'encéphale.

Un malade de ce genre dont j'ai pu voir des corps histologiques et où les lésions atteignaient une extrême diffusion, fut suivi par le Dr Vigouroux à l'Asile de Vaucluse, sans que le diagnostic de paralysie générale pût paraître douteux en quoi que ce fût.

On sait encore que la maladie du sommeil, dont l'agent pathogène est très spécial, peut déterminer une encéphalite diffuse, dont le syndrome de la paralysie est parfois la conséquence.

Le syndrome de la paralysie générale n'est pas la conséquence, il s'en faut, de toutes les encéphalites diffuses. Il nécessite un degré de virulence et d'évolution de lésions, au delà et en-deça duquel les syndromes observés sont différents. Voilà la raison pour laquelle on n'a pas encore décrit la paralysie générale comme conséquence de l'encéphalite léthargique. Mais il suffira que les conditions précédentes se trouvent réunies chez un malade, pour que cette maladie provoque ce syndrome.

De nombreux auteurs ont affirmé l'existence de la paralysie générale typique pellagreuse, saturnine, mercurielle et traumatique.

Je ne saurais nier la réalité de ces causes, qui sont vraisemblables, en particulier la pellagre.

Cependant, je n'en ai parlé dans aucun des nombreux mémoires que j'ai consacrés à l'étude du syndrome paralytique. Malgré mon désir d'affirmer la valeur de ces causes, je n'ai pu, chez les quelques malades de ce genre, dont j'ai fait l'autopsie, reconnaître de lésions permettant d'affirmer qu'elles fussent de nature saturnine, mercurielle, ou traumatique.

Il faut noter, en terminant, que le syndrome paralytique, pour être affirmé, doit représenter l'ensemble des symptômes et de l'évolution des cas typiques de la paralysie générale.

C'est pour la raison d'une évolution dissemblable que j'ai écarté le syndrome que j'ai décrit sous le nom de « syndrome paralytique fugace », qui offre, à un moment donné, les symptômes de la paralysie générale, et qui se rencontre dans des infections, et surtout des intoxications, aussi différentes que le syndrome paralytique lui-même.



Comme conclusion, on peut dire qu'un examen histologique, s'il est pratiqué chez un très grand nombre de malades, ayant tous présenté les signes de la paralysie générale, démontre que les lésions impliquent, dans la longue série des cas, des maladies causales de nature différentes.

Pour ce qui est de la forme inflammatoire, quand elle répond à une infection primitive ou à une infection secondaire, on ne peut pas établir sa nature syphilitique sur quelques signes cliniques et sur des lésions histologiques, qui ne fournissent pas d'autres notions que celles d'une inflammation. Bien au contraire, car la syphilis ne détermine ni dans la peau, ni dans les muqueuses, des lésions de ce genre, et d'autre part, un processus d'une pareille diffusion et d'une pareille intensité, échappe à la loi d'évolution de la syphilis, en ce que sa virulence est en décroissance à une période aussi tardive.

De là, dans la forme inflammatoire de la paralysie générale, si l'on doit, chez certains malades, faire la part d'une syphilis antérieure, il est impossible de la considérer comme régissant la nature de la maladie.

Je n'ai donc rien à changer des quarante mémoires par lesquels je me suis efforcé d'établir le syndrome de la paralysie générale et dont ces pages ne sont que le résumé.

ÉTUDE STATISTIQUE DE MÉDECINE LÉGALE PSYCHIATRIQUE MILITAIRE

Par André BARBÉ

Ayant été appelé pendant la guerre de 1914-1918 à remplir pendant près de deux ans les fonctions de médecin-expert aliéniste devant les conseils de guerre, il m'a été donné d'examiner au point de vue mental 195 militaires en prévention de conseil de guerre, et de rédiger à propos de ceux-ci des rapports médico-légaux. Tous ces cas étaient différents les uns des autres, soit du fait de l'inculpation, soit du fait de l'état mental du prévenu, soit enfin du fait de l'étendue et du degré de responsabilité du sujet à examiner. Cependant il me paraît possible de faire une étude d'ensemble de ces cas, et voici pourquoi :

1. L'inculpation était fréquemment la même, du fait de la situation militaire de ces inculpés : de sorte qu'il a été possible de ramener à 16 le chiffre des variétés d'inculpation.

2. L'état mental des prévenus était extrêmement variable, puisqu'il s'agissait, soit de militaires ayant commis leur délit dans la zone du feu ou dans l'intérieur, soit de sujets ayant toujours présenté le même état mental ou n'ayant commencé que depuis peu à manifester des troubles intellectuels, soit qu'il se fût agi d'un état simple ou complexe, soit enfin que le délit ait été commis au cours d'un trouble passager ou épisodique. Cependant, nous avons pu ramener à 35 l'énumération des différents troubles psychiques observés, laissant bien entendu de côté toute question de doctrine ou d'école psychiatrique pour n'adopter que les

dénominations classiques. De plus, quand il y avait association de troubles mentaux (débilité mentale avec alcoolisme, épilepsie avec alcoolisme), j'ai classé le sujet en me basant sur le trouble mental qui paraissait le plus marqué et surtout le plus en rapport avec le délit.

3. Quant au degré de responsabilité, il a pu être ramené à cinq variétés (responsabilité nulle, très atténuée, atténuée, légèrement atténuée, complète). Les circonstances exigeaient en effet une conclusion claire et précise : et c'est pourquoi il m'a bien fallu envisager ce terme de « responsabilité » dont ne voulait pas entendre parler mon maître, Monsieur le Professeur Gilbert Ballet. Tout d'abord la question m'était posée et il fallait bien y répondre ; ensuite, il fallait se prononcer et prendre une décision. A propos de cette question de responsabilité, il pourrait paraître surprenant que certains gros débiles, par exemple, aient été considérés comme n'ayant qu'une responsabilité légèrement atténuée, alors que l'on pourrait croire *à priori* que celle-ci était nulle. Mais il m'a bien fallu, en dehors de l'état mental, tenir compte de l'inculpation, et du rapport existant entre celle-ci et l'état mental du sujet à examiner. C'est pourquoi j'ai considéré cette responsabilité comme simplement atténuée dans certaines circonstances, alors que cet état mental aurait pu entraîner une responsabilité nulle pour une autre inculpation : par exemple, un débile n'ayant aucune instruction peut ne rien comprendre à un ordre d'appel sous les drapeaux et il est irresponsable s'il est inculpé d'insoumission ; par contre, il n'a qu'une responsabilité très atténuée s'il déserte après l'incorporation, car il n'y a pas besoin d'être très développé pour savoir que lorsqu'on est soldat, on ne doit pas quitter son corps sans autorisation.

Ceci étant dit, je vais maintenant étudier successivement :

1. La classification au point de vue de l'inculpation.
2. La classification au point de vue du trouble mental.

3. La classification au point de vue du degré de responsabilité.

I. Classification au point de vue de l'inculpation

J'ai trouvé un total de 16 motifs d'inculpation ; en voici l'énumération :

<i>Motif d'inculpation</i>	<i>Nombre de cas examinés</i>
1. Insoumission	8
2. Refus d'obéissance	14
3. Abandon de poste	14
4. Désertion	94
5. Faux en écriture	1
6. Vol	17
7. Port illégal de décorations	1
8. Entraves à la liberté du travail	1
9. Propos défaitistes	2
10. Dommages volontaires à la propriété d'autrui	4
11. Outrages à supérieur et voies de fait	16
12. Coups et blessures, violences	10
13. Tentative de meurtre et homicide volontaire	2
14. Outrages publics à la pudeur	5
15. Attentat à la pudeur	4
16. Viol	2
	<hr/> 195

Je vais maintenant examiner chacun de ces motifs d'inculpation, par rapport à l'état mental et au degré de responsabilité.

1. INSOUMISSION : 8 rapports.

<i>a) au point de vue de l'état mental</i>	<i>b) au point de vue de la responsabilité</i>
--	--

5 débiles.	3 fois nulle.
1 imbécile.	2 — très atténuée.
2 n'ayant aucun trouble mental.	1 — légèrement atténuée
	1 — complète.

2. REFUS D'OBÉISSANCE : 14 rapports.

4 débiles ou dégénérés.	2 fois nulle.
1 persécuté interpréteur.	1 — atténuée.
3 alcooliques.	3 — légèrement atténuée
6 n'ayant aucun trouble mental.	8 — complète.

3. ABANDON DE POSTE : 14 rapports.

1 imbécile.	8 fois nulle.
9 débiles.	3 — très atténuée.
2 confus.	2 — légèrement atténuée
2 alcooliques.	1 — complète.

4. DÉSEPTION : 94 rapports.

a) au point de vue de l'état mental	b) au point de vue de la responsabilité
--	--

3 imbéciles.	31 fois nulle.
48 débiles.	25 — très atténuée.
7 psychoses périodiques.	14 — atténuée.
6 affaiblissements intellectuels.	16 — légèrement atténuée.
1 catatonique.	8 — complète.
9 dégénérés.	
5 n'ayant aucun trouble mental.	
3 épileptiques.	
1 psychose hallucinatoire.	
4 psychoses post-commotionnelles.	
1 alcoolique.	
3 paludéens.	
1 trépané.	
1 confus.	
1 convulsif.	

5. FAUX EN ÉCRITURE : 1 rapport.

Aucun trouble mental.	responsabilité complète.
-----------------------	--------------------------

6. VOL : 17 rapports.

6 débiles.	4 fois nulle.
3 n'ayant aucun trouble mental.	6 — très atténuée.
1 convulsif.	2 — atténuée.
1 périodique.	1 — légèrement atténuée
2 confus.	4 — complète.
1 trépané.	
2 commotionnés.	
1 dégénéré.	

7. PORT ILLÉGAL DE DÉCORATIONS : 1 rapport.

Débilité mentale.	très atténuée.
-------------------	----------------

8. ENTRAVES A LA LIBERTÉ DU TRAVAIL : 1 rapport.

Epilepsie sans troubles mentaux.	complète.
----------------------------------	-----------

9. PROPOS DÉFAITISTES : 2 rapports.

1 alcoolique.	1 fois atténuée.
1 débile.	1 — légèrement atténuée

10. DOMMAGES VOLONTAIRES A LA PROPRIÉTÉ D'AUTRUI :

4 rapports.

1 imbécile.	3 fois nulle.
3 dégénérés.	1 — légèrement atténuée

11. OUTRAGES A SUPÉRIEURS ET VOIES DE FAIT : *16 rapports.*

a) *au point de vue de l'état mental* b) *au point de vue de la responsabilité*

7 alcooliques.	1 fois nulle.
2 affaiblis alcooliques.	2 — très atténuée.
3 dégénérés.	1 — atténuée.
4 débiles dont 3 alcooliques.	7 — légèrement atténuée
	5 — complète.

12. COUPS ET BLESSURES, VIOLENCES : *10 rapports.*

3 affaiblis.	2 fois nulle.
1 psychose hallucinatoire.	1 — très atténuée.
3 alcooliques.	1 — atténuée.
1 paludéen.	3 — légèrement atténuée
2 n'ayant aucun trouble mental.	3 — complète.

13. TENTATIVE DE MEURTRE ET HOMICIDE VOLONTAIRE :

2 rapports.

1 épileptique.	1 fois nulle.
1 état de fureur.	1 — très atténuée.

14. OUTRAGES PUBLICS A LA PUDEUR : *5 rapports.*

3 débiles alcooliques.	2 fois très atténuée.
1 débile simple.	1 — atténuée.
1 n'ayant aucun trouble mental.	1 — légèrement atténuée
	1 — complète.

15. ATTENTAT A LA PUDEUR : *4 rapports.*

3 débiles.	2 fois très atténuée.
1 affaibli par alcoolisme.	1 — atténuée.
	1 — légèrement atténuée

16. VIOL : *2 rapports.*

2 alcooliques.	2 fois complète.
----------------	------------------

II. Classification au point de vue du trouble mental

Les troubles mentaux ont pu être ramenés à 35 catégories différentes. En voici la liste :

*Trouble mental**Nombre de cas
examinés*

1. Débilité mentale légère	5
2. Débilité mentale simple ou dégénérescence .	16
3. Débilité mentale profonde	12
4. Débilité mentale avec alcoolisme aigu	2
5. Débilité mentale avec alcoolisme chronique	22
6. Débilité mentale avec syphilis et alcoolisme	3
7. Débilité mentale avec paludisme	8
8. Débilité mentale avec épilepsie	8
9. Débilité mentale avec symptômes périodiques	12
10. Débilité mentale avec idées de persécution	4
11. Débilité mentale avec psychose catatonique	2
12. Débilité mentale avec commotion	3
13. Imbécillité	5
14. Imbécillité avec épilepsie	1
15. Alcoolisme aigu sans troubles mentaux	2
16. Alcoolisme chronique	4
17. Alcoolisme aigu au cours d'un alcoolisme chronique	5
18. Alcoolisme chronique avec affaiblissement intellectuel	10
19. Alcoolisme avec paludisme	6
20. Alcoolisme avec saturnisme et syphilis	1
21. Alcoolisme avec troubles commotionnels ..	2
22. Psychose périodique	6
23. Délire de persécution avec interprétations ..	2
24. Délire de persécution avec hallucinations ...	1
25. Confusion mentale	4
26. Catatonie	1
27. Troubles mentaux d'origine syphilitique ..	1
28. Crises convulsives	3
29. Epilepsie	5
30. Affaiblissement intellectuel d'origine orga- nique	2
31. Psychose post-commotionnelle	8
32. Troubles mentaux chez un trépané	3
33. Démence	1
34. Etat de fureur	1
35. Aucun trouble mental	23

Nous allons maintenant examiner chaque trouble mental par rapport à l'inculpation et au degré de responsabilité :

1. DÉBILITÉ MENTALE LÉGÈRE : 5 rapports.

a) au point de vue de
l'inculpationb) au point de vue de la
responsabilité

- 1 outrages à supérieur et voies de fait.
- 2 désertions.
- 2 refus d'obéissance.

- 4 fois légèrement atténuée
- 1 — complète.

2. DÉBILITÉ MENTALE SIMPLE OU DÉGÉNÉRESCENCE :
16 rapports.a) au point de vue de
l'inculpationb) au point de vue de la
responsabilité

- 9 désertions.
- 1 abandon de poste.
- 1 outrages à supérieur et voies de fait.
- 1 dommage volontaire à propriété d'autrui.
- 2 vols.
- 1 outrages publics à la pudeur.
- 1 attentat à la pudeur.

- 3 fois nulle.
- 3 — très atténuée.
- 4 — atténuée.
- 6 fois légèrement atténuée

3. DÉBILITÉ MENTALE PROFONDE : 12 rapports.

- 6 désertions.
- 2 insoumissions.
- 2 vols.
- 1 abandon de poste.
- 1 attentat à la pudeur.

- 6 fois nulle.
- 6 — très atténuée.

4. DÉBILITÉ MENTALE AVEC ALCOOLISME AIGU : 2 rapports.

- 1 outrages à supérieur et voies de fait.
- 1 désertion.

- 2 fois atténuée.

5. DÉBILITÉ MENTALE AVEC ALCOOLISME CHRONIQUE :
22 rapports.

- 13 désertions.
- 1 abandon de poste.
- 2 outrages à supérieur et voies de fait.
- 1 dommage volontaire à propriété d'autrui.
- 2 insoumissions.
- 3 outrages publics à la pudeur.

- 4 fois nulle.
- 11 — très atténuée.
- 6 — légèrement atténuée
- 1 — complète.

6. DÉBILITÉ MENTALE AVEC SYPHILIS ET ALCOOLISME :
3 rapports.

- 1 abandon de poste.
- 1 outrages à supérieur et voies de fait.
- 1 désertion.

- 1 fois nulle.
- 1 — très atténuée.
- 1 — légèrement atténuée

7. DÉBILITÉ MENTALE AVEC PALUDISME : 8 rapports.

1 attentat à la pudeur.	2 fois très atténuée.
3 désertions.	2 — atténuée.
1 dommage volontaire à la propriété d'autrui.	4 — légèrement atténuée
2 outrages à supérieur et voies de fait.	
1 vol.	

8. DÉBILITÉ MENTALE AVEC ÉPILEPSIE : 9 rapports.

a) au point de vue de l'inculpation.

b) au point de vue de la responsabilité

2 vols.	4 fois nulle.
2 abandons de poste.	3 — très atténuée.
5 désertions.	2 — atténuée.

9. DÉBILITÉ MENTALE AVEC SYMPTÔMES PÉRIODIQUES : 12 rapports.

9 désertions.	4 fois nulle.
1 insoumission.	4 — très atténuée.
1 propos défaitistes.	4 — atténuée.
1 abandon de poste.	

10. DÉBILITÉ MENTALE AVEC IDÉES DE PERSÉCUTION : 4 rapports.

3 désertions.	3 fois nulle.
1 abandon de poste.	1 — très atténuée.

11. DÉBILITÉ MENTALE AVEC PSYCHOSE CATATONIQUE : 2 rapports.

2 désertions.	1 fois nulle.
	1 — atténuée.

12. DÉBILITÉ MENTALE AVEC COMMOTION : 3 rapports.

1 abandon de poste.	2 fois nulle.
2 désertions.	1 — très atténuée.

13. IMBÉCILLITÉ : 5 rapports.

1 abandon de poste.	5 fois nulle.
2 désertions.	
1 insoumission.	
1 dommage volontaire à propriété d'autrui.	

14. IMBÉCILLITÉ AVEC ÉPILEPSIE : 1 rapport.

1 désertion.	1 fois nulle.
--------------	---------------

15. ALCOOLISME AIGU SANS TROUBLES MENTAUX : 2 rapports.

2 outrages à supérieur et voies de fait.	2 fois complète.
--	------------------

16. ALCOOLISME CHRONIQUE : 4 rapports.

- | | |
|-------------------------|------------------|
| 1 outrages à supérieur. | 4 fois complète. |
| 2 viols. | |
| 1 abandon de poste. | |

17. ALCOOLISME AIGU AU COURS D'UN ALCOOLISME CHRONIQUE : 5 rapports.

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 2 outrages à supérieur. | 1 fois très atténuée. |
| 2 coups et blessures, violences. | 1 — légèrement atténuée |
| 1 propos défaitistes. | 3 — complète. |

18. ALCOOLISME CHRONIQUE AVEC AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL : 10 rapports.

a) au point de vue de l'inculpation

b) au point de vue de la responsabilité

- | | |
|--|-------------------------|
| 3 désertions. | 6 fois nulle. |
| 2 coups et blessures, violences. | 1 — atténuée. |
| 2 outrages à supérieur et voies de fait. | 3 — légèrement atténuée |
| 1 abandon de poste. | |
| 1 attentat à la pudeur. | |
| 1 refus d'obéissance. | |

19. ALCOOLISME AVEC PALUDISME : 6 rapports.

- | | |
|----------------------------------|-------------------------|
| 2 désertions. | 2 fois atténuée. |
| 1 outrages à supérieur. | 4 — légèrement atténuée |
| 2 coups et blessures, violences. | |
| 1 refus d'obéissance. | |

20. ALCOOLISME AVEC SATURNISME ET SYPHILIS : 1 rapport.

- | | |
|--------------|---------------|
| 1 désertion. | 1 fois nulle. |
|--------------|---------------|

21. ALCOOLISME AVEC TROUBLES COMMOTIONNELS : 2 rapports.

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1 outrages à supérieur. | 2 fois très atténuée. |
| 1 désertion. | |

22. PSYCHOSE PÉRIODIQUE : 6 rapports.

- | | |
|---------------|-------------------------|
| 5 désertions. | 2 fois nulle. |
| 1 vol. | 1 — très atténuée. |
| | 1 — atténuée. |
| | 2 — légèrement atténuée |

23. DÉLIRE DE PERSÉCUTION AVEC INTERPRÉTATIONS : 2 rapports.

- | | |
|-----------------------|--------------------|
| 1 refus d'obéissance. | 1 fois nulle. |
| 1 désertion. | 1 — très atténuée. |

24. DÉLIRE DE PERSÉCUTION AVEC HALLUCINATIONS : 1 rapport.

- | | |
|-----------------------|---------------|
| 1 coups et blessures. | 1 fois nulle. |
|-----------------------|---------------|

25. CONFUSION MENTALE : 4 rapports.

2 abandons de poste. 4 fois nulle.
1 vol.
1 désertion.

26. CATATONIE : 1 rapport.

1 désertion. 1 fois nulle.

27. TROUBLES MENTAUX D'ORIGINE SYPHILITIQUE : 1 rapport.

1 désertion. 1 fois atténuée.

28. CRISES CONVULSIVES : 3 rapports.

a) au point de vue de
l'inculpation

b) au point de vue
de la responsabilité

1 vol. 1 fois très atténuée.
1 port illégal de décorations. 1 — légèrement atténuée
1 désertion. 1 — complète.

29. EPILEPSIE : 5 rapports.

3 désertions. 2 fois nulle.
1 tentative de meurtre. 3 — complète.
1 entraves à la liberté du travail.

30. AFFAIBLISSEMENT INTELLECTUEL D'ORIGINE ORGANIQUE : 2 rapports.

2 désertions. 1 fois nulle.
1 — légèrement atténuée

31. PSYCHOSE POST-COMMOTIONNELLE : 8 rapports.

5 désertions. 1 fois nulle.
3 vols. 5 — très atténuée.
2 — légèrement atténuée

32. TROUBLES MENTAUX CHEZ DES TRÉPANÉS : 3 rapports.

2 désertions. 1 fois très atténuée.
1 vol. 2 — atténuée.

33. DÉMENCE : 1 rapport.

1 désertion. 1 fois nulle.

34. ETAT DE FUREUR : 1 rapport.

1 homicide volontaire. 1 — fois très atténuée.

35. AUCUN TROUBLE MENTAL : 23 rapports.

1 faux en écriture. 2 fois légèrement atténuée
3 vols. 21 — complète.
5 désertions.
8 refus d'obéissance.
2 insoumissions.
3 coups et blessures, violences.
1 outrage public à la pudeur.

III. Classification au point de vue du degré de la responsabilité

La responsabilité a été trouvée :

complète	dans 36 cas
légèrement atténuée	— 37 —
atténuée	— 22 —
très atténuée	— 45 —
nulle	— 55 —
	195

Il convient maintenant d'étudier chaque degré de responsabilité par rapport à l'état mental et à l'inculpation.

1. RESPONSABILITÉ COMPLÈTE : 36 rapports.

a) au point de vue de l'état mental

- 20 aucun trouble mental.
- 1 crises convulsives.
- 5 alcooliques chroniques.
- 3 alcoolisme aigu chez alcooliques chroniques.
- 1 débilité mentale avec alcoolisme chronique.
- 3 épilepsie.
- 2 alcoolisme aigu.
- 1 débilité mentale légère.

b) au point de vue de l'inculpation

- 1 faux en écriture.
- 4 vols.
- 8 désertions.
- 5 outrages à supérieur et voie de fait.
- 8 refus d'obéissance.
- 2 viols.
- 2 insoumissions.
- 1 abandon de poste.
- 1 entraves à la liberté du travail.
- 3 coups et blessures, violences.
- 1 outrage public à la pudeur.

2. RESPONSABILITÉ LÉGÈREMENT ATTÉNUÉE : 37 rapports.

- | | |
|---|--|
| 6 débiles avec alcoolisme chronique. | 16 désertions. |
| 3 alcooliques chroniques avec affaiblissement intellectuel. | 2 abandons de poste. |
| 6 débiles mentaux simples. | 7 outrages à supérieur et voies de fait. |
| 2 psychoses post-commotionnelles. | 1 insoumission. |
| 4 débiles mentaux légers. | 3 coups et blessures, violences. |
| 1 affaiblissement intellectuel d'origine organique. | 1 dommage volontaire à propriété d'autrui. |
| 4 alcooliques paludéens. | 1 outrage public à la pudeur. |
| 4 débiles paludéens. | 1 propos défaitiste. |
| 1 alcoolique aigu avec alcoolisme chronique. | 3 refus d'obéissance. |
| 2 n'ayant aucun trouble mental. | 1 vol. |
| 2 psychoses périodiques. | 1 attentat à la pudeur. |
| 1 débile avec syphilis et alcoolisme. | |
| 1 ayant des crises convulsives. | |

3. RESPONSABILITÉ ATTÉNUÉE : 22 rapports.

a) au point de vue de l'état mental

- 4 débiles avec symptômes périodiques.
- 2 troubles mentaux chez des trépanés.
- 1 débile avec psychose catatonique.
- 2 débiles paludéens.
- 2 débiles épileptiques.
- 4 débiles simples.
- 1 psychose périodique.
- 1 trouble mental d'origine syphilitique.
- 2 alcooliques paludéens.
- 2 débiles mentaux avec alcoolisme aigu.
- 1 alcoolique chronique avec affaiblissement intellectuel.

b) au point de vue de l'inculpation

- 14 désertions.
- 2 vols.
- 1 propos défaitiste.
- 1 refus d'obéissance.
- 1 outrages à supérieur et voies de fait.
- 1 outrage public à la pudeur.
- 1 attentat à la pudeur.
- 1 coups et blessures, violences.

4. RESPONSABILITÉ TRÈS ATTÉNUÉE : 45 rapports.

- 2 débiles mentaux paludéens.
- 3 débiles épileptiques.
- 6 débiles profonds.
- 3 débiles simples.
- 4 débiles avec symptômes périodiques.
- 1 débile commotionné.
- 5 psychoses post-commotionnelles.
- 2 alcooliques avec troubles commotionnels.
- 11 débiles alcooliques chroniques.
- 1 alcoolisme aigu chez alcoolique chronique.
- 1 crises convulsives.
- 1 trouble mental chez un trépané.
- 1 psychose périodique.
- 1 débile ayant des idées de persécution.
- 1 délire de persécution avec interprétations.
- 1 état de fureur.
- 1 débile syphilitique et alcoolique.

- 2 attentats à la pudeur.
- 3 abandons de poste.
- 2 insoumissions.
- 25 désertions.
- 2 outrages à supérieur.
- 1 coups et blessures, violences.
- 6 vols.
- 1 port illégal de décorations.
- 2 outrages publics à la pudeur.
- 1 homicide volontaire.

5. RESPONSABILITÉ NULLE : 55 rapports.

- 6 débilités mentales profondes.
- 2 psychoses périodiques.
- 4 confusions mentales.

- 31 désertions.
- 8 abandons de poste.
- 4 vols.

- | | |
|---|---|
| 4 débiles épileptiques. | 3 insoumissions. |
| 6 imbéciles. | 2 coups et blessures, violences. |
| 6 alcooliques chroniques avec affaiblissement intellectuel. | 3 dommages volontaires à la propriété d'autrui. |
| 1 catatonie. | 1 tentative de meurtre. |
| 4 débiles alcooliques. | 2 refus d'obéissance. |
| 1 délire de persécution avec hallucinations. | 1 outrages à supérieur et voies de fait. |
| 3 débiles simples. | |
| 3 débiles avec idées de persécution. | |
| 2 épileptiques. | |
| 2 débiles commotionnés. | |
| 1 alcoolique saturnin et syphilitique. | |
| 4 débiles périodiques. | |
| 1 débile avec psychose catatonique. | |
| 1 persécuté interpréteur. | |
| 1 affaibli organique. | |
| 1 débile syphilitique et alcoolique. | |
| 1 dément. | |
| 1 psychose post-commotionnelle. | |

Il est bien difficile de tirer une conclusion générale de tous ces rapports médico-légaux, car ainsi que je l'ai dit au début de cet article, tous ces cas étaient différents les uns des autres et il a fallu simplifier pour classer ; cependant, tout en demandant au lecteur de se reporter à chaque chapitre pour y trouver le détail et les explications nécessaires, je crois que l'on peut conclure d'une façon générale que :

1. L'insoumission, le refus d'obéissance, la désertion, l'abandon de poste, le port illégal de décorations, le vol et l'attentat à la pudeur, sont surtout le fait de débiles, alors que les alcooliques et les épileptiques se livrent à des réactions plus violentes, telles que les outrages aux supérieurs, les coups et blessures, le meurtre, le viol.

2. Le trouble psychique le plus fréquemment observé est la débilité mentale plus ou moins marquée et la dégénérescence ; puis, viennent ensuite par ordre de fréquence décroissante : l'alcoolisme chronique (le plus souvent associé à la débilité mentale), les états périodiques, les psychoses post-commotionnelles, l'épilepsie, le paludisme. Un grand nombre d'inculpés ne pré-

sentent aucun trouble mental (23 sur 195) et ne demandent à être examinés que pour essayer d'atténuer la gravité de leur cas.

3. Si la responsabilité de l'inculpé est évidemment complète quand il ne présente aucun trouble mental, il peut en être de même dans certains cas d'alcoolisme ou d'épilepsie; j'ai signalé ces faits au début de cet article. Par contre, la responsabilité est évidemment atténuée chez les débiles, certains petits périodiques, les paludéens, et les commotionnés. Enfin, elle est nulle chez les imbéciles, les confus, les délirants et les déments.

LE PRINCIPE DE LA PRÉSUMPTION LÉGALE D'ORIGINE ET LES CONSÉQUENCES DE LA LOI DU 31 MARS 1919 SUR LES PENSIONS MILITAIRES

Un déséquilibre constitutionnel réformé avec pension de 100 %
après 48 heures de séjour au dépôt ⁽¹⁾

Par Louis PARANT

Interne des Asiles de la Seine

Dans le rapport qu'il présenta à la Société de Médecine Légale, au nom d'une commission chargée d'étudier les modifications à apporter à cette loi, M. le Médecin principal Rieux mit particulièrement en lumière, entre autres points, les conséquences de la *présomption légale d'origine ou d'aggravation*, posée pour la première fois en principe par le législateur. « La commission estime que la valeur de la preuve contraire, quand elle peut être fournie par l'Etat, a été trop réduite dans l'esprit même de la Loi. »

(1) Nous avons succinctement rapporté, avec M. VALLON, devant la Société de Médecine légale, le 9 janvier 1921, l'observation de ce malade. Il nous a cependant paru intéressant de publier avec quelque détail ce cas, qui vient compléter la série des faits étudiés ici-même par MM. COLIN et MINKOWSKI, et par M. BEAUSSART, et qui vient à l'appui des conclusions soutenues par ces auteurs.

« Pour constituer la preuve contraire, n'y a-t-il pas aussi — et la commission insiste sur ce fait — n'y a-t-il pas aussi des arguments simplement médicaux ? » (2).

Au cours de la discussion, la Société se prononça pour la suppression de la présomption d'origine (p. 55). Elle fut également d'avis que, en conformité du droit commun, l'intéressé doit apporter la preuve, alors que la loi semble poser en principe que, quand un expert affirme qu'une maladie quelconque n'est pas en relation causale avec le fait ou l'occasion du service, il n'apporte pas une preuve contraire. Il ressort donc de la loi que non seulement c'est à l'Etat qu'il appartient de faire la preuve de l'origine, mais *que la variabilité des doctrines médicales ne permet pas de faire suffisamment confiance aux experts*, lorsqu'ils affirment que la maladie n'a été ni produite ni aggravée par le service.

Dans une communication qu'il fit devant la Société de Médecine Légale en décembre 1920, M. Beaussart cita plusieurs cas personnels, où il pût, il est vrai, faire rejeter facilement la présomption d'origine, et faire refuser le droit à la pension. Mais il reconnut, un peu plus tard, lui-même (1), que ce qu'il avançait ainsi commençait à perdre de son exactitude.

La Loi laisse à l'Etat le soin de faire la preuve. N'est-ce pas dans bien des cas accepter que cette preuve ne soit pas faite ? Les conditions dans lesquelles doivent souvent opérer les Conseils de Révision, harcelés et sollicités de terminer très rapidement leurs opérations, ainsi que l'a vivement mis en lumière M. Beaussart, ne leur permettent souvent pas de dépister certains symptômes psychiques d'une recherche longue et délicate. Puis, après les décisions de cette commission, laisser à l'Etat le soin de montrer que le sujet réformé était déjà malade avant son incorporation, c'est dans bien des cas laisser accorder pour des maladies antérieures à l'incorporation des pensions qui consti-

(1) Rapport de M. le Médecin principal RIEUX, à la séance de la Société de Médecine légale de France du 14 mars 1921. *Bulletin*, 1921, p. 43.

(2) BEAUSSART. — Allénation mentale et loi du 31 mars 1919, *Ann. Méd.-Psychol.*, 1921, II, p. 309.

tuent de lourdes charges pour le budget présent et futur.

MM. Colin et Minkowski ont souligné ces faits en présentant le 12 juillet 1920 à la Société de Médecine Légale, quelques cas différents où l'application de la Loi du 31 mars 1919 avait fait attribuer une indemnité de 100 0/0 à des affections qui, médicalement, ne sauraient être attribuables à la guerre, ni aggravées par elle (1).

Il nous paraît intéressant d'apporter à notre tour l'observation suivante, qui ne rentre pas exactement dans le cadre des faits observés par ces auteurs, mais qui conduit cependant aux mêmes conclusions. Notre malade, dégénéré, déséquilibré constitutionnel, instable et fugueur a passé 48 heures pendant la guerre dans un dépôt de la marine à Cherbourg ; et, aussitôt reconnu inapte à tout service, il a été réformé n° 2 cinq jours plus tard. En vertu de la loi du 31 mars 1919, il a actuellement une pension de 100 0/0.

Blo..., André-Charles, âgé de 22 ans, est interné depuis le 10 juillet 1919. Né à terme dans de bonnes conditions, le 29 novembre 1899, d'une belle constitution physique, ce sujet n'a jamais été malade dans son enfance. Son père, facteur, était alcoolique, sa mère est une débile mentale, qui a présenté également des signes d'alcoolisme. Amenée par la conduite de son mari à divorcer, elle a présenté, à cette époque, quelques troubles mentaux, et a été internée à Ste-Anne en janvier 1914, pour débilité mentale, avec alcoolisme subaigu.

Elle n'a jamais fait de fausses couches.

Blo... a fréquenté l'école jusqu'à l'âge de 12 ans et obtenu le certificat d'études primaires.

Sorti de l'école, il entra dans les postes comme porteur de dépêches et s'acquitta correctement de son emploi. Pendant les cinq ans que dura le procès de divorce de ses parents, il alla de place en place, changeant d'emploi et errant dans la rue.

Une fois le divorce prononcé, il habita avec sa mère ; au bout de quelques mois, vers juillet 1915, il disparut ; sa

(1) COLIN et MINKOWSKI. — Conséquences de la Loi de réforme et pensions du 31 mars 1919. *Ann. Méd.-Psychol.*, oct. 1921, II p. 207 (Communication faite à la Soc. de Méd. lég. le 12 juil. 1920.

mère s'adressa vainement à la police qui ne pût retrouver sa trace. Il semble que pendant cette période il se soit embauché comme manœuvre dans diverses villes, à Marseille,

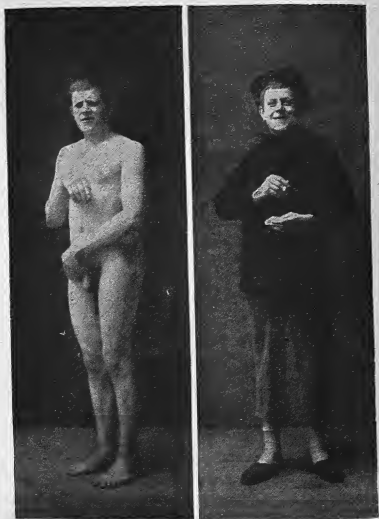


FIG. 1 et 2

à Bordeaux, en Bretagne et particulièrement dans les ports. Il nous raconte son odyssée qui n'est qu'une énumération de villes, Aurillac, Rambervilliers des Vosges, Bordeaux, quatre fois différentes (1914-16-17-19), Marseille six fois, Toulon trois fois ; Pontorson, le Mont St-Michel, Avranches, Villedieu-les-poêles, Vitré, etc... On ne retrouve sa trace que le 24 octobre 1917, jour auquel il s'engage volontairement

pour trois ans, à la mairie du huitième arrondissement, à Paris. Il est alors envoyé à Cherbourg aux équipages de la Flotte, mais à peine cinq jours plus tard, le 29 octobre, il est réformé n° 2, pour « faiblesse de constitution » (!) ; renvoyé dans ses foyers le 1^{er} novembre 1917, il donne comme adresse : 2, rue Lobau, où se trouvent les bureaux du Service des Aliénés.

Au lieu de se rendre chez sa mère, il reprend aussitôt sa vie errante. Il nous raconte, sans omettre aucun détail, toutes les pérégrinations qui l'ont amené du village où il se plaça d'abord comme cultivateur ; à Paris, où il vécut au jour le jour, couchant dans les asiles de nuit, s'attardant dans les cafés. Il arrive enfin à l'hôpital St-Louis pour se faire débarrasser de la vermine qu'il a récoltée dans les asiles de nuit ; puis il demande à être embauché comme infirmier : « J'étais mal foutu, je demande qu'on m'embauche. Le directeur, très gentil, m'envoie d'abord à la cuisine pour me retaper. Je prends 7 ou 8 litres de café si ce n'est pas plus ; on me donne du rôti, du vin, etc... Puis on me fait déshabiller pour me donner à la place des habits avec A. P. brodé en argent. Mais je m'étonne que l'on me laisse dans une chambre où il y en a d'autres couchés »...

Deux jours après, il réclame ses vêtements avec insistance, crie : « mes habits ! mes habits ! ». On doit le conduire à Ste-Anne, d'où il est envoyé à Villejuif le 28 février 1918.

« Est atteint d'imbécillité avec perversions instinctives, vagabondage. » (D^r Briand).

Il s'évade quatre mois plus tard (24 septembre), la nuit, par une fenêtre du dortoir, et vient chez sa tante rue Darcieu. Il s'engage comme manœuvre, et travaille pendant un mois régulièrement.

A la fin de cette courte période de travail, il fait une fugue de plusieurs mois, et sa famille le perd complètement de vue. Il erre de nouveau de chantiers en chantiers jusqu'au 10 janvier. Arrêté pour vagabondage, il est conduit à la Santé d'où on l'envoie à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt. Le D^r de Clérambault signe le certificat suivant : « Imbécillité, notions très rudimentaires, sourire figé, mutisme, hyperréflexivité, tremblement des doigts ; légère obtusion due, peut-être, aux fatigues d'une longue fugue. Inculpé de vagabondage, mère autrefois internée. » Il est envoyé le surlendemain à Villejuif.

Le mois suivant, il est opéré au Pavillon de Chirurgie de végétations adénoïdes, cause de dyspnée, puis il est transféré à l'Asile Ste-Anne.

Il est capable, à cette époque, de faire quelques travaux grossiers tels que de porter du charbon ; mais son travail

est très irrégulier. Il se déshabille, reste complètement nu, se tapit dans un coin de la cour ou de la salle, et reste longtemps sans bouger. Il se montre craintif, comme s'il avait peur d'être battu, et finit par se refuser à tout travail.

Au mois de novembre 1920, il fait une nouvelle tentative d'évasion la nuit, étant tout nu ; il l'est rattrapé dans la rue.

Blo... est un grand gaillard de 1 m. 72, solidement bâti, et d'une belle musculature. Il ne présente aucune tare physique, aucune trace d'hérédosyphilis ; l'appétit est bon. Il est habituellement nu, sans que l'on puisse en saisir l'explication, ni en obtenir de lui la raison ; il n'accepte aucun vêtement, et déchire sa chemise lorsqu'on essaie de l'en vêtir ; il reste ainsi jour et nuit, soit debout dans la salle, soit errant en tous sens ou se cachant, sans chemise, entre ses couvertures.

Pendant plusieurs mois, il fuyait dès que l'on s'approchait de lui, exprimant par sa mimique et par ses gestes une certaine anxiété ; le seul fait de tendre la main vers lui déterminait des paroxysmes d'effroi.

Pendant longtemps, il a été impossible de l'intéresser à quoi que ce soit, de fixer son attention, d'obtenir de lui des réponses aux questions les plus diverses. Il fuyait à notre approche, exprimant par sa mimique une certaine anxiété.

Il y a quelques semaines, au contraire, il s'est révélé sous un aspect tout différent. Un matin, à la visite, il se met à raconter avec un air joyeux, avec un large sourire, et prenant l'accent des faubourgs de ports de mer, une histoire de trimard. Il nous disait également un autre jour : « Je suis le Bon Dieu, je partirai quand je voudrai ; je n'ai rien à faire avec les humains que j'ai créés !! »

Son examen physique est actuellement encore des plus difficiles à pratiquer en raison de son hostilité. Ses réflexes sont généralement vifs ; les symptômes oculaires sont normaux. Il présente une tendance à la catatonie, ou du moins il conserve habituellement les mêmes attitudes ainsi que l'on peut en juger par les photographies que nous avons prises de lui.

Il ne présente pas d'excitation génitale. Les jours de visite, il est l'objet de nombreuses attentions de la part des femmes qui viennent voir ses camarades de salle. L'une d'elles en particulier lui disant : « Voulez-vous que je vous embrasse ? » il lui répond : « Oui, mais sur le nombril. » Ce n'était cependant là qu'une plaisanterie de mauvais goût, car il ne se montre nullement sensible à ses succès féminins, que rend probablement faciles sa nudité habituelle. On ne l'a jamais vu se masturber.

Etat mental. — Sa mémoire est bonne, il raconte ses pérégrinations, les démarches qui ont précédé son engagement volontaire ; il dit le nom de plusieurs fonctionnaires auxquels il a eu affaire, énumère toutes les pièces qui ont été nécessaires pour la constitution de son dossier ; l'une d'elles a coûté 25 sous.

Nous avons vu qu'il a obtenu son Certificat d'Etudes. Il a conservé un lot important de connaissances scolaires. Il fait preuve parfois d'une certaine roublardise, par exemple le jour de sa tentative d'évasion de Ste-Anne où il tint en haleine pendant plus d'une heure et demie les infirmiers qui cherchaient à l'atteindre.

Il joue sur les mots, et fait des calembours : « Je faisais le fer à repasser : je repassais dans les mêmes villes. »

Il se montre totalement indifférent envers sa mère ou sa tante lorsqu'elles lui apportent du tabac ou des douceurs, il les remercie par des propos désagréables. Il parle de sa mère irrévérencieusement : « Elle vient vous voir souvent votre mère ? — Ah ! oui, la femme Cécile Trin..., elle travaille à la Brasserie *** ; et puis la femme Jeanne Trin... (la tante qui l'a hébergé un mois lorsqu'il s'est évadé de Villejuif). »

Il présente quelques vagues idées délirantes niaises et peu précises : « C'est moi le bon Dieu, je suis le papa infini, c'est moi qui ai créé le ciel et les étoiles. Je suis le papa du vide éternel. Quand je voudrai, je ferai la fin du monde. J'ai les preuves de ce que j'avance. »

« Pourquoi avez-vous dit que vous étiez orphelin ? »

« Je n'ai ni père ni mère puisque je suis le bon Dieu. Il y a 6 ou 10.000 ans, quand j'étais dans le vide infini, il n'y avait ni hommes ni femmes, je n'avais donc ni père ni mère. »

Il avait, semble-t-il, conscience de son déséquilibre et de son état morbide, et en fournit une preuve lors de sa démobilitation en donnant comme adresse : 2, rue Lobau (l'immeuble où se trouvent les bureaux du service des aliénés). « Pourquoi avez-vous donné cette adresse ? — Déjà je savais qu'on allait m'enfermer : je suis le Bon Dieu, etc... ».

Ce jeune homme est, comme on le voit, un déséquilibré constitutionnel, un dégénéré. Hérédo-alcoolique, il a, dès l'âge de 14 ans, après avoir été normal à l'école, manifesté une instabilité morbide, changeant constamment de place, d'emploi, allant de ville en ville et repassant plusieurs fois dans la même. Il ne veut rester habillé, déchire son linge, témoignant habi-

tuellement une crainte des personnes qui l'approchent nullement en rapport avec sa belle constitution physique.

Il ne rentre pas à proprement parler dans la catégorie des débiles mentaux, malgré la niaiserie de ses propos et l'indigence de ses conceptions délirantes, puisqu'il a eu son certificat d'études à 12 ans et qu'il a pendant les trois années suivantes porté les dépêches en ville. Cependant, bien avant son internement, nous le voyons déjà instable. Il reste des mois et des mois sans aller voir sa famille et sans chercher à lui donner de ses nouvelles ni à se rapprocher d'elle.

Nous retrouvons également chez lui une tendance très nette à la fabulation, notamment lorsqu'il se fait passer pour orphelin de père et de mère, ou dans le récit qu'il fait de son passage à l'hôpital St-Louis.

Ces symptômes peuvent être mis sur le compte de la déchéance intellectuelle qui s'est dessinée chez lui dès l'âge de 14 ans et ils expliquent que l'on ait pu plusieurs fois poser le diagnostic d'imbécillité ou de débilité mentale.

Y a-t-il la moindre présomption *médicale* que cette infirmité mentale ait pu être causée ou seulement aggravée par cinq jours de présence sous les drapeaux? Assurément non. C'est donc à juste titre qu'il avait été réformé n° 2. Mais en vertu de la loi du 31 mars 1919, cette réforme a été transformée le 28 juillet 1920 en réforme n° 1 à titre définitif avec indemnité de 100 0/0.

La *présomption légale* n'aurait pas dû pouvoir être soutenue; d'autre part, en s'en tenant strictement aux termes de la loi, l'Etat aurait dû s'opposer à la transformation de la réforme n° 2 en réforme n° 1 avec pension de 100 0/0.

L'on voit donc ici nettement se produire le cas où, loin d'avoir, comme la loi lui en laisse le soin, fait la preuve de l'origine antérieure au service, l'Etat s'est lui-même prêté à une mesure qui allait contre son propre intérêt.

Des cas semblables n'entraînent-ils pas cette conclusion, qu'indépendamment d'une révision de la loi elle-même, en faveur de laquelle la Société de Médecine Légale s'est déjà prononcée, il y aurait lieu de procéder à la révision des pensions ainsi attribuées?

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 30 JANVIER 1922

Présidence de MM. PACTET et TOULOUSE, Présidents

Assistent à la séance : MM. Bonhomme, Courbon, Demay, Genil-Perrin, Kahn, Minkowski, Rayneau, Vinchon, membres correspondants.

La correspondance manuscrite comprend une lettre de M. Jaroslav-Stuchlik qui remercie la Société de l'avoir élu membre associé étranger.

La correspondance imprimée comprend un volume du Professeur Bianchi : *La Mécanique du cerveau et les fonctions des lobes frontaux*, offert à la Société par M. André Collin qui l'a traduit en collaboration avec M. Sanguinetti.

Installation du Bureau

M. PACTET, président sortant. — Messieurs, je ne voudrais pas quitter ce fauteuil, sans vous remercier encore de l'honneur que vous m'avez fait, en m'appelant à présider les séances de la Société Médico-Psychologique pendant l'année qui vient de s'écouler. Pour réserver à votre temps, un emploi plus utile, je me dispenserai de faire la revue des travaux de la Société en 1921 et me bornerai à rappeler que les communications ont été nombreuses, leur objet varié et les discussions auxquelles elles ont donné lieu, toujours intéressantes et animées.

Avant de reprendre ma place au milieu de mes collègues, vous ne m'en voudriez pas, j'espère, si je me permettais de faire un amical reproche à la Société Médico-Psychologique, en disant qu'elle me paraît pécher par excès de modestie. A mon sens, elle ne donne pas à son champ d'action toute l'étendue qu'il

devrait avoir. Elle se renferme trop, me semble-t-il, dans l'étude des questions de pathologie mentale, qu'elles soient théoriques ou cliniques, alors que l'autorité que lui confèrent son ancienneté et la compétence indiscutable en psychiatrie de ses membres, lui donneraient le droit de faire sentir son influence en beaucoup de points du domaine social.

Est-ce là une prétention excessive ? Je ne le crois pas.

On énonce une vérité d'évidence quand on dit que le dynamisme des sociétés humaines est soumis à des lois dont la précision nous échappe en raison directe de notre ignorance de celles qui régissent les phénomènes biologiques. C'est, par suite, l'étude des manifestations normales et déviées de l'activité psychique, en général, qui permet de faire un premier pas dans une voie obscure où la médecine mentale s'efforce de projeter une clarté encore bien vacillante.

De ce fait, l'aliéniste occupe peut-être la meilleure place pour apercevoir les moyens les plus efficaces de neutraliser la puissance nocive de l'individu, dans ses réactions anti-sociales.

Ici, se pose le grave problème de la responsabilité auquel la recrudescence de crimes et de délits engendrée par l'effroyable cataclysme qui a désolé le monde pendant plus de quatre ans, donne un caractère angoissant d'actualité.

Et ce problème qui a provoqué déjà, il y a un demi-siècle, de vives discussions devant notre Société, n'a pas encore reçu, même aujourd'hui, une solution reposant sur des données positives.

Mes collègues qui ont la charge de faire des expertises médico-légales ne me reprendront pas, j'en suis sûr, si je dis, qu'en dehors des cas où des troubles mentaux nettement caractérisés donnent l'explication d'actes répréhensibles ou délictueux, il en est nombre d'autres, dont l'appréciation comporte chez l'expert un énorme coefficient de subjectivité. Eh bien ! ne pensez-vous pas que voilà une question qui pourrait être utilement posée devant notre Société ?

Et supposons qu'en face de l'impossibilité où l'on se

trouve de doser la résistance que chacun est capable d'opposer aux incitations de son organisme et aux sollicitations du milieu ; en d'autres termes, de peser sa responsabilité, on arrive à se mettre d'accord pour reconnaître qu'il n'existe pas de critérium démontrable de la responsabilité en dehors de la constatation de la nocivité de l'individu, au point de vue social, quelles conséquences pratiques ne manqueraient pas de découler d'une semblable conclusion.

La notion d'inadaptabilité définitive, après un nombre déterminé de délits, se substituant à celle d'intimidation et d'amendement, par la punition, conduirait à envisager, à l'égard de toute une catégorie de délinquants, une réforme du régime pénitentiaire, et sur ce terrain, à moins de se laisser aveugler par le culte si florissant chez nous, de l'incompétence, l'opinion de médecins aliénistes devrait bien être de quelque poids.

Combien d'organismes aussi, d'une incontestable utilité, pourraient voir le jour, si l'action individuelle était heureusement secondée par la Société Médico-Psychologique.

Je ne citerai que pour mémoire, l'organisation d'un service psychiatrique des prisons où nous nous sommes laissé devancer de très loin par la Belgique, et où les faibles résultats, encore tout virtuels, obtenus chez nous, sont dus au seul effort de quelques-uns.

Enfin, je m'en voudrais de ne pas signaler encore à votre attention, la nécessité de créer un service d'examen psychiatrique des employés de chemin de fer. Cette nécessité a été bien mise en lumière par les cas de paralysie générale, d'épilepsie, de psychoses présentés devant la Société Clinique de Médecine Mentale et relevés chez des agents en exercice, chargés de fonctions qui intéressaient la sécurité des voyageurs.

J'estime que, là aussi, l'influence de la Société Médico-Psychologique pourrait contribuer à vaincre la résistance qu'opposent les Compagnies à cette indispensable innovation.

La pathologie mentale a certes un très haut intérêt, par elle-même ; mais je suis de ceux qui pensent que les sciences n'ont rempli leur destinée, que lorsqu'elles ont réalisé des améliorations sociales.

Voilà pourquoi je souhaiterais que la Société Médico-Psychologique sortit, permettez-moi l'expression, de son splendide isolement médical, afin de devenir, en maintes circonstances, pour les pouvoirs publics, un conseiller averti et un guide éclairé.

D'ailleurs, mon ami le D^r Toulouse qui va me succéder et à qui je suis heureux de souhaiter la bienvenue, est particulièrement apte à donner aux travaux de la Société Médico-Psychologique l'orientation que je viens d'indiquer.

M. TOULOUSE, *président*. — Messieurs, en prenant la présidence de la Société, je tiens à vous remercier d'abord de l'honneur que votre confiance m'a valu.

L'arrivée à cette fonction est flatteuse, mais elle a quelque chose aussi de mélancolique. On pense alors aux vieux maîtres disparus qui la tenaient quand, jeune interne, on venait assister aux discussions des aînés. Et cette montée vous découvre tout à coup la descente prochaine. Mais c'est une compensation que de se retrouver, après bien des années, à côté des camarades de jeunesse. Et le passé revit. Vingt ans après nous nous suivons à ce bureau dans le même ordre que jadis au clinicat ; comme je remplaçai notre président d'hier Pactet, je céderai bientôt la place à notre président de demain Antheaume. Et je me retrouve aussi avec notre secrétaire général Colin, qui fut le premier camarade que je connus à mon arrivée dans le milieu des asiles.

Pardonnez-moi ces souvenirs personnels et laissez-moi vous entretenir un moment des travaux de notre Société, dont vous avez bien voulu me confier durant une brève année l'amicale direction.

Nous formons une bien petite troupe dans la cohorte médicale ; mais notre importance sociale est grande par la nature des questions qui nous sont soumises. Et ce qui est remarquable, c'est que la psychiatrie, qui n'a jamais été cultivée en France que par un très faible nombre de médecins, ait pu grouper tant de cerveaux d'élite, les Esquirol, les Falret, les Morel, les Baillarger, les Magnan, pour n'en citer que quelques-uns

parmi tous ceux qui nous ont précédés. Il faut croire qu'elle attire spécialement des esprits originaux et distingués.

C'est à l'intérêt même de ses problèmes si complexes que la psychiatrie doit son pouvoir d'attraction. Mais c'est aussi cet intérêt qui nous impose des devoirs plus larges.

Les troubles mentaux se présentent de plus en plus comme les réactions du cerveau aux troubles des autres viscères et des humeurs. Par là la médecine mentale est étroitement solidaire de la médecine générale. Certes la notion est acceptée par chaque aliéniste, tout au moins en principe ; car en pratique cette solidarité n'est pas toujours suffisamment sensible.

Suivez les travaux de la *Société médicale des Hôpitaux* : vous verrez qu'on s'y préoccupe constamment de tirer parti, pour l'étude pathogénique, de toutes les notions que la biologie met à la disposition du médecin. C'est ainsi qu'ont été peu à peu introduites dans la médecine courante ces analyses chimiques, ces réactions biologiques, ces examens cytologiques qui éclairaient si fortement l'enchaînement des processus morbides. Et, dans cette évolution, il est remarquable que l'examen du médecin porte sur un point éloigné de l'organe lésé autant que sur l'organe même. Ainsi les troubles du rein sont décelés ou suivis dans le sang comme dans les urines. L'azotémie tend même aujourd'hui à dominer le problème pronostique de la pathologie rénale.

Tout démontre qu'il n'en va pas autrement pour l'encéphale que pour le rein. Il est donc légitime de chercher ailleurs que dans le cerveau les conditions d'origine des troubles mentaux, comme aussi leur répercussion. Pour ne citer qu'un des faits les plus connus, nous savons que c'est à une insuffisante résistance hépatique qu'il faut parfois attribuer le retentissement cérébral d'une intoxication.

A ce titre, la pathologie mentale n'est pas plus une spécialité que la pathologie du rein, qui fait cependant partie du domaine de la médecine générale. Le psychiatre n'est donc pas davantage un spécialiste — au sens

péjoratif du terme —, ou, s'il l'est, c'est par sa propre faute, parce qu'il s'isole des méthodes et de la discipline de la pathologie générale.

En vérité, le cerveau, qui est notre patrimoine à nous, peut être plus encore que les autres viscères le siège de la répercussion des troubles de tout l'organisme, comme il peut être aussi leur point de départ. Un choc émotionnel, qui déclanche une maladie mentale, produit un complexe pathologique qui atteint toutes les fonctions. Et dans ce complexe, le désordre psychique, qui est pour l'aliéniste la chose essentielle, n'est peut-être — du point de vue de la pathologie générale — qu'un épiphénomène accessoire.

Mais n'y a-t-il pas cependant des troubles primitifs du cerveau ? Je le crois, sans pouvoir, en l'affirmant, m'empêcher de songer que le crétinisme, qui est un type d'imbécillité, a son origine hors du cerveau, et qu'une autre glande, la glande sexuelle, oriente toute notre activité psychique, ainsi que le prouve, par exemple, l'infantilisme provoqué par des altérations du testicule.

Il reste les états délirants qui nous paraissent essentiels et qui dépendent de la constitution paranoïaque, dont les conditions biologiques sont d'ailleurs encore à trouver.

En vérité, l'aliéniste complet ne négligera aucune des méthodes d'investigation dont il dispose, parmi lesquelles l'analyse psychologique doit être employée comme le premier moyen de pénétrer le trouble mental. Encore cette analyse gagnera-t-elle à se discipliner à l'aide des procédés de la psychologie expérimentale. D'une manière générale, la *technique* peut être considérée comme un procédé de travail supérieur qui est susceptible de s'appliquer à tous les moyens d'examen. Ce qui la caractérise, ce n'est point tant l'emploi d'appareils de mesure que la détermination des conditions précises où l'observateur doit opérer. Et en ce sens, un examen clinique bien réglé peut constituer une technique meilleure qu'une épreuve de laboratoire mal établie.

Je veux m'adresser ici aux jeunes, qui sont plus près que nous des méthodes nouvelles de la médecine géné-

rale, en les invitant à employer dans leurs investigations autant que possible les moyens qu'ils viennent d'apprendre à appliquer dans les autres maladies. Ils ne devront pas pour cela négliger l'examen psycho-clinique, sans lequel tout effort est stérile, parce que l'étude approfondie du comportement psychique restera toujours la première étape d'un examen psychiatrique. Mais qu'ils ne perdent jamais de vue que, si une science est une langue bien faite et partant compréhensible pour tous, il faut nous efforcer, nous, aliénistes, de parler la langue des autres médecins.

Rapport de la Commission des Finances

M. SEMELAIGNE. — L'avoir de la Société,	
au 31 décembre 1920, était de	17.722 39
Les recettes en 1921 ont été de	3.465 77
	<hr/>
Total	21.188 16
Les dépenses en 1921 ont été de	2.765 55
	<hr/>
Reste un excédent global de	18.422 61
qui se décompose ainsi :	
Société médico-psychologique	3.612 51
Prix Aubanel	8.811 60
Prix Belhomme	3.550 »
Prix Christian	2.048 50
Prix Moreau (de Tours)	400 »
	<hr/>
Total	18.422 61

Messieurs, votre commission vous prie d'approuver les comptes de l'année 1921 et de voter des remerciements à notre dévoué trésorier.

ELECTION DE DEUX MEMBRES TITULAIRES

Rapport de la Commission

M. Raymond MALLET. — Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Briand, Arnaud, Legrain, Roubinovitch et Mallet, d'examiner les titres

des candidats aux deux places vacantes de membre titulaire de la Société. Voici les conclusions de votre commission ; elle vous propose en première ligne :

MM. Conso, ancien interne des asiles, et Raynier, inspecteur général des services administratifs au Ministère de l'Intérieur ;

en deuxième ligne :

M. Genil-Perrin, médecin en chef des asiles de la Seine ;

puis, *ex-æquo* :

MM. Ducosté, médecin en chef de Ville-Evrard, et Rodiet, médecin en chef de Ville-Evrard.

Election. — Nombre de votants : 30. Majorité absolue : 30.

Ont obtenu : MM. Conso, 22 voix ; Raynier, 20 voix ; Ducosté, 6 voix ; Génil-Perrin, 6 voix ; Rodiet, 4 voix.

MM. Conso et Raynier, ayant obtenu la majorité des suffrages, sont élus membres titulaires de la Société Médico-psychologique.

Rapport de Candidature

M. TRUELLE. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Henri Colin, Capgras et Truelle, rapporteur, chargée d'examiner la candidature de M. le D^r Brousseau au titre de membre correspondant. Nous avons l'honneur de vous soumettre notre rapport et ses conclusions.

Ancien interne des Asiles de la Seine, reçu le premier au Concours de l'Adjuvat, actuellement chef de clinique adjoint, M. le D^r Brousseau est déjà pourvu d'un bagage scientifique considérable. Seul, ou en collaboration, il a apporté soit ici-même, soit à la Société clinique de Médecine mentale et à la Société de Psychiatrie, soit à la Société de Neurologie, soit dans différentes Revues médicales, les résultats toujours intéressants de ses observations minutieusement faites et ingénieusement interprétées.

Citons entr'autres, en collaboration avec le P^r Chavigny, *Contribution à l'étude du diagnostic différentiel des contractures* ; *Les petits états psychiatriques de*

guerre, leur médecine légale ; Troubles mentaux de guerre et médecine générale ; Un écrit familial d'aliénés ; et, en collaboration avec le D^r Leroy, une étude fort intéressante sur des *Etats confusionnels récidivants chez un héréditaire, avec amnésie rétrograde délimitant une période médico-légale*. Puis, une Note sur un cas d'encéphalite léthargique, le premier qui ait été soumis à nos Sociétés ; une étude sur un *Etat délirant chronique pseudo-déméntiel* ; la discussion d'un *Cas de puérilisme* ; l'observation d'un *Syndrome adiposogénital avec délire polymorphe* ; celle d'un *Cas de paralysie générale juvénile*. Enfin deux présentations en collaboration avec M. le D^r de Clérambault : *La fin d'une voyante*, et *Persécution et Erotomanie* ; puis deux études sur *Un cas de paralysie générale post-traumatique* et un *Cas d'encéphalopathie traumatique*.

Malgré sa sécheresse et sa brièveté voulues, cette énumération prouve la diversité des questions auxquelles s'est intéressé M. le D^r Brousseau. Mais où apparaissent le mieux ses qualités de médecin, de psychologue et d'écrivain, c'est dans sa thèse, la *Peur aux Armées*. Couronné par la Société Médico-psychologique (prix Moreau de Tours), objet d'une mention honorable de la part de l'Académie de médecine (prix Lorquet), cet ouvrage est non seulement des plus instructifs, mais d'une lecture passionnément attachante. Outre une analyse ingénieusement fouillée, une classification méthodique, et des considérations médico-légales sagement déduites, on y trouve, en effet, un recueil d'anecdotes guerrières, pour la plupart personnelles, où, en un style prenant, se reflètent quelques-uns des tableaux du grand drame que nous venons de vivre. C'est que M. le D^r Brousseau fut lui-même, du commencement à la fin, un des plus vaillants acteurs de cette tragédie : il en a rapporté, sans parler de blessures heureusement exemptes de suites graves, la croix de guerre et le ruban de la Légion d'Honneur, distinctions que ceux qui, malgré sa modestie, sont au courant de sa magnifique conduite, savent justement méritées.

Quant à la personnalité de Brousseau, beaucoup d'entre vous à qui elle n'est pas étrangère ont pu en

apprécier les qualités de cœur et d'esprit ; nous n'avons pas à y insister ici.

Pour moi qui le connais depuis bientôt huit années, je suis particulièrement heureux d'avoir à vous proposer, au nom de votre Commission, l'élection de M. le Dr Brousseau au titre de membre correspondant de la Société Médico-psychologique.

Election. — Nombre de votants, 25. — Majorité absolue, 13.

M. Brousseau, 24 voix, un bulletin blanc.

M. Brousseau, ayant obtenu la majorité des suffrages, est élu membre correspondant de la Société Médico-psychologique.

M. le Secrétaire général fait connaître les candidatures aux Prix de la Société à décerner en 1922.

PRIX AUBANEL. — Question : *Les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente.* — Un mémoire a été remis par MM. Xavier et Paul Abély.

PRIX MOREAU DE TOURS. — Ont posé leur candidature :

M. Le Maux, interne à l'asile de Vaucluse.

M. Reboul-Lachaux, interne à l'Asile Clinique.

PRIX BELHOMME. — Question : *Etude sur les troubles mentaux consécutifs aux bombardements et aux explosions.*

M. Renaux a posé sa candidature en envoyant sa thèse sur *les Etats confusionnels consécutifs aux commotions des batailles* soutenue en 1915 devant la Faculté de Paris. La question se pose de savoir si l'on peut admettre un travail imprimé. La Société décide de remettre la réponse à la prochaine séance où l'archiviste fera connaître exactement les conditions du Prix Belhomme.

PRIX ESQUIROL. — Pas de candidature.

Sur la proposition du bureau, la commission du Prix Aubanel est composée de MM. ANTHEAUME, DENY, MIGNOT, ROGUES DE FURSAC, TRUELLE ; la commission du prix Moreau de Tours est composée de MM. ARNAUD, BRIAND, CAPGRAS, MIGNARD, SIMON.

Sur la proposition du Bureau, une place de membre titulaire est déclarée vacante. Les candidatures seront reçues jusqu'au 27 février, date à laquelle la commission d'examen sera nommée. Le Professeur Claude a posé sa candidature par lettre adressée au Président de la Société.

Troubles mentaux post-commotionnels

Par M. G. ROBIN

Le malade que nous avons l'honneur de vous présenter se rattache aux psychoses de guerre dont l'allure atypique rend le diagnostic et le pronostic aujourd'hui encore très délicats. Voici cette observation, dans ses grandes phases :

La guerre éclate, au moment où R... fait son service militaire à Cambrai. En 1914, il est légèrement blessé au pied, en 1915 il contracte la fièvre typhoïde. Cette affection n'aurait laissé aucun trouble intellectuel, mais elle aurait été suivie d'une faiblesse générale qui n'empêche pas le retour au front, après trois mois de convalescence. Au début de 1916, R... est évacué à la suite d'une commotion par déflagration d'obus. Il se souvient confusément de l'explosion. Il a dû perdre connaissance, car il est tout étonné de se retrouver à Châteauroux d'où on l'envoie à Tours. Dès cette époque, il écrit à son oncle des lettres qui ne dénotent aucun trouble intellectuel. Mais il est devenu sourd et le 18 juillet 1916, il est mis en congé illimité pour « surdité labyrinthique bilatérale, suite de commotion par déflagration d'obus ». Il se rend chez son oncle à Suresnes. Il comprend par le mouvement des lèvres. Il est d'humeur égale malgré de fréquentes céphalées. Employé chez Darracq à la fabrication des ceintures d'obus, il reste dans cette usine jusqu'à l'automne 1918, après avoir obtenu le certificat de mécanicien à l'Œuvre de Rééducation des mutilés.

Dans une deuxième phase, au début de l'automne 1918, il a une grippe sur la gravité de laquelle nous n'avons aucun renseignement. Il va se reposer chez son grand-père, actuellement décédé, qui habitait Ferté-Beaumont. En novembre 1918, il reçoit une lettre d'un ami qui avait profité de l'ar-

mistice pour se rendre dans les pays envahis où la famille de R... était demeurée au cours des hostilités. Dans cette lettre, il n'est question ni de sa mère, ni de sa femme, ni de ses enfants. N'ayant aucune nouvelle des siens, R... se lamente et fait plusieurs tentatives de suicide, parmi lesquelles il essaie de se mettre la tête dans un poêle. A la suite de cet accès de « mélancolie anxieuse, avec état confusionnel », il est interné à Villejuif. Triste, déprimé, il pousse des gémissements et se montre désorienté dans le temps et dans l'espace. Fait curieux, il entend, il répond aux questions, de plus il a des hallucinations de l'ouïe (bruits de cloche) et, la nuit, des hallucinations visuelles. Il présente une certaine conscience de son état : « Guérissez-moi, dit-il, faites-moi retrouver la mémoire. » Le malade est constipé, la langue est saburrale, l'haleine fétide. Il a la sensation d'une boule œsophagienne. Souvent il refuse de se lever, de manger, de parler. D'autres fois, il est agité et ces symptômes de « mélancolie anxieuse » durent pendant toute l'année 1919.

Puis, en 1920, les phénomènes anxieux s'apaisent et un état dépressif voisin de la stupeur les remplace. Le malade se tient debout sur un banc, la tête enfoncée dans les épaules, gardant un mutisme complet. Il se fait comprendre par signes et s'alimente bien. Il est intéressant de noter qu'à cette époque R... se comporte de nouveau comme un sourd. Les infirmiers déclarent qu'il ne comprenait que par le mouvement des lèvres. Sa mère nous a confié qu'il se montrait heureux de la voir et ne la repoussait jamais. Il acceptait ses caresses, mais ne l'embrassait pas. Il pleurait de la voir s'éloigner. Il disait quelquefois : « Faut-il que je sois paresseux de ne pas travailler ». Des alternatives d'excitation rompaient l'état dépressif et ce malade apathique montrait alors par des sauts périlleux une agilité surprenante.

Vers le 15 avril 1921, commence une phase toute nouvelle en ses manifestations. R... témoigne d'une joie subite qui n'avait jamais été remarquée. Il parle, il entend, il exprime ce bonheur inattendu de n'être plus sourd. Il se rend utile aux différents travaux du quartier. Tous les bruits lui semblent nouveaux, le tic-tac d'une montre l'étonne et l'amuse. A la dernière visite de sa mère, il a eu la sensation de la retrouver après une très longue absence. Sa mémoire, qui est excellente jusqu'aux événements de 1914, devient vague au sujet de sa première blessure et de sa commotion. Il se rappelle avoir travaillé à l'usine Darracq, mais les souvenirs n'ont aucune précision. A partir de novembre 1918, date de l'internement, l'amnésie est totale. Il ne sait qu'une chose,

c'est qu'il n'est plus malade. Inconscient du caractère morbide de la stupeur dont il sort, il explique son attitude encore déprimée par l'ennui et l'injustice de son internement. Ses réponses sont correctes, mais trahissent un faible niveau intellectuel. Le docteur Lermoyez à qui nous adressons le malade ne constate aucune lésion labyrinthique et conclut à la nature fonctionnelle de la surdité antérieure. Au retour de l'hôpital, R... essaie d'échapper à la surveillance de l'infirmier qui l'accompagne. Il saute en marche du Métropolitain. Il est heureusement rattrapé. Le soir même, il refuse de parler.

Après cette courte période d'amélioration qui a duré du 15 au 21 avril, le malade garde le silence ou ne le rompt que pour déclarer que parler le fatigue, qu'on ne doit pas parler lorsque l'on est interné, que la fumée du tabac est un poison et que ses voisins sont fous parce qu'ils fument. Il ne s'assied pas à table, il se couche par terre sous la galerie et va se mettre au lit avant l'heure réglementaire. La dépression s'accroît de jour en jour. Le malade refuse de tirer la langue, d'ouvrir les yeux et montre du négativisme à toute occasion.

Le 3 mai, la stupeur a disparu brusquement, le visage est éveillé. « Je ne voulais pas parler, dit-il, parce que j'étais fatigué. J'entendais tout ce qui se disait. Volontairement, je ne répondais pas, j'ai conscience d'avoir mal agi, je ne recommencerai pas. »

Il recommença le 15 mai 1921 et jusqu'au 30 décembre, nous n'en tirons pas une parole. Chaque jour amène dans sa conduite une bizarrerie nouvelle. Il prend ses matières dans ses mains et les jette par-dessus le mur, ou bien il ratisse les pelouses avec ses doigts, ne tolérant aucun débris dans l'herbe. Il a présenté une plicature du tronc que nul effort ne pouvait vaincre et qui a cédé brusquement. Il a parfois des impulsions violentes et il a frappé un infirmier sans raison apparente. Tantôt il ne veut pas supporter sa chemise. Tantôt il se met à l'intérieur de sa paillasse. Il a eu un commencement d'escarre. Rebelle à toute persuasion et au traitement électrique, il a dû pendant plusieurs jours être alimenté à la sonde. Pendant le dernier trimestre de 1921, les bizarreries avaient cessé et le malade était déprimé, dans un état voisin de la stupeur.

Depuis le 30 décembre 1921, s'est installée une phase d'amélioration et il nous a paru intéressant de vous présenter le malade au cours de cette période.

L'expression mimique s'est brusquement transformée. La physionomie est devenue éveillée, plus vivante. R... veut im-

médiatement se mettre à l'ouvrage. Il connaît la date exacte, il se montre attentif à tout ce qui se passe à l'intérieur de l'asile. Il connaît les principaux événements de la guerre de 1914, mais il est brouillé avec les dates. Il ne commet pas d'erreurs dans les calculs. Il ne lit pas. Les journaux ne l'intéressent pas. Il ne se soucie que de sa famille, à laquelle il a écrit des lettres sensées et pleines de cœur, comme celles-ci :

Villejuif, le 29 décembre 1921. — Chère Maman, Vos nouvelles m'ont fait beaucoup de plaisir, vous comprenez que l'ennui ne me quitte pas, jamais aucune nouvelle de ma femme. Vous ne me parlez pas du tout de ma petite famille. Cela me contrarie beaucoup, surtout après en être séparé depuis 1914.

Le jour de l'an arrive, les familles se réunissent, moi je n'aurai peut-être pas ce bonheur.

Bonne année, bonne santé, mes amitiés les plus sincères pour toute la famille.

Votre fils qui vous aime.

R...

P.-S. — J'aurais besoin d'une ceinture de flanelle. Si vous voyez ma femme, je vous prie de lui faire part de mon désir.

Villejuif, le 30 décembre 1921. — Ma Chère femme, Il y a quelques mois que je n'ai pas eu des nouvelles de toi, ni de la famille, vous me laissez continuellement dans l'ennui. Je ne puis vraiment continuer à vivre de la sorte, ne gagnant rien pour payer mes nourritures. C'est vraiment à devenir marteau. Je veux être avec vous.

Je te prie, ma femme, de m'écrire le plus vite possible pour savoir où vous êtes, toi, Léon et Emile. Comment pouvez-vous me laisser seul, séparé de vous depuis si longtemps, venez me chercher. Je veux gagner mon pain et vivre heureux au milieu de vous. Voilà le jour de l'an. Aurai-je le bonheur de vous chérir en famille ? Dieu seul le sait ! Mon seul désir serait d'être avec ceux qui me sont chers.

Papa et Maman Taine, croyez bien que votre fils ne vous oublie pas, par sa pensée et son cœur d'homme.

Je vous souhaite à tous une bonne et heureuse année, mes amitiés les plus sincères avec mes vœux de tous les instants.

Je vous chéris par la présente. A bientôt le plaisir de vous voir.

Ton mari et votre fils qui vous aime.

R...

Cependant il n'a pas conscience de son état mental ni de l'état mental de ses voisins. Il n'est pas malade. Il a toute sa raison. S'il est quelquefois prostré, c'est par ennui d'être enfermé. « Les cris des autres l'abrutissent. La soupe le rend marteau. » Il ne s'explique pas ses actes déraisonnables. Du reste, il n'en a aucun souvenir. L'amnésie porte sur toute la période de stupeur. Par contre, il se souvient de ce qu'il a fait pendant les phases lucides. — Quant aux camarades de R..., ils sont fous, parce qu'ils boivent de l'eau acidulée qui les électrise. Lui-même en a bu l'autre jour et il eut le nez bouché. Il ne pouvait plus respirer. Il continue à prendre ses repas debout et à ne pas vouloir s'asseoir. Il reste au garde-à-vous pendant mon interrogatoire, parce qu'il croit parler à un supérieur, il se demande si l'asile de Villejuif n'est pas un établissement militaire, mais il n'existe pas d'idées délirantes à proprement parler. Optimiste, il ne craint pas de retomber malade. L'affaiblissement intellectuel est sensible.

En résumé, ce malade, en 1915, à l'âge de 22 ans, après une commotion par déflagration d'obus, traverse une courte période confusionnelle à la suite de laquelle il reste sourd et se plaint souvent de céphalées. Son oncle n'a constaté alors aucun trouble mental.

En 1918, 30 mois après la commotion, mélancolie anxieuse avec état confusionnel. Rappelons que cette crise naît d'un choc émotionnel, d'un excès d'affectivité.

En 1920, état dépressif, voisin de la stupeur, bien différent du premier état, puisque le diagnostic de démence précoce paraît possible. En avril 1921, amélioration. Le malade n'est plus sourd. Il répond correctement, il s'intéresse à sa famille. Puis quelques jours plus tard, nouvelle phase de stupeur avec mutisme, négativisme, bizarreries, refus d'aliments et excitation par intervalles. Depuis cette époque, oscillation entre cet état et des périodes pendant lesquelles il montre une attitude correcte et une affectivité normale. C'est à ce moment qu'il vous est présenté.

Quel diagnostic est-il permis de porter ?

1° Tout d'abord nous pensons que ces troubles mentaux sont liés à la commotion. La confusion conco-

mittante, la surdité fonctionnelle qui se prolonge jusqu'en 1921, la diminution, après la commotion, de la mémoire qui n'est pas altérée jusqu'aux événements de 1914, le déclenchement brusque des accidents anxieux en 1918 sous le coup d'une émotion minime



FIG. 3 et 4. — Deux aspects du malade

(tentative de suicide après la lettre d'un ami) prouvent que l'état mental de R... n'attendait que l'occasion de révéler son trouble profond. Or, rien ne prouve que cet état mental fût altéré avant la commotion. Il n'existerait aucune hérédité psycho-pathologique dans la famille. R... apprit à lire et à écrire sans difficulté et devint un excellent brodeur sur tulle. Il était d'un « naturel mélancolique ». Mais, nous a dit sa mère,

« c'est qu'il était préoccupé de son travail et appliqué à sa tâche. C'était un garçon sobre, affectueux, pensif. » L'absence de signes de débilité et d'anomalies psychiques permet d'écarter l'hypothèse de troubles délirants chez un dégénéré.

2° Malgré l'amnésie qui suit la stupeur, l'épilepsie ne peut être incriminée. Les phases dépressives sont bien trop prolongées. Le caractère après la crise n'a pas les traits du comitial. Et surtout, il n'a jamais été constaté de crise convulsive.

3° La surdité fonctionnelle fait immédiatement songer au pithiatisme. Les périodes de stupeur accompagnées d'amnésie seraient alors assimilables aux états seconds. Mais, d'une part, la surdité qui a suivi la commotion eut un point de départ organique et, entretenue qu'elle était par la psychose sous-jacente, elle a « persévéré ». Elle n'a pas guéri par suggestion et dès l'amélioration des troubles mentaux, elle a cédé. D'autre part, l'absence de suggestion à la base de la psychose, la tentative sérieuse de suicide du malade et surtout l'affaiblissement psychique font rejeter l'idée d'un état second. Nous savons combien les troubles mentaux à allure hystérique doivent être considérés comme symptomatiques de la démence précoce, surtout s'ils sont rebelles au traitement et présentent un cachet démentiel.

4° Nous ne saurions envisager la possibilité de la démence précoce sans discuter celle de la psychose maniaque dépressive. Les brusques transformations du malade y font penser. Il est vrai que la stupeur est plus catatonique que mélancolique, bien que le mutisme rende la discrimination difficile. Sa physionomie est figée, impassible. Quelle que soit la force de nos injonctions, en réponse le visage ne réagit à aucune émotion. Il ne pâlit ni ne rougit. Nous n'avons observé aucune idée délirante qui parût motiver le mutisme. Tantôt R... mange goulûment, tantôt, nous l'avons déjà dit, il faut l'alimenter à la sonde pendant plusieurs jours. Il refuse de tirer la langue, d'ouvrir les yeux. Il se contracte si l'on insiste. Il existe manifestement du négativisme. Par intervalles, le malade est excité et

violent, sujet aux bizarreries. Pendant les périodes de rémission, les troubles mentaux ne rétrocedent pas complètement. Nous avons vu l'affaiblissement intellectuel persister. De plus, le malade ne se souvient pas des actes qu'il a commis pendant la phase de stupeur. Nous ne reconnaissons pas les traits classiques de la psychose périodique.

5° L'amnésie après la stupeur plaide en faveur d'une confusion mentale à rechutes. Cependant les signes physiques, habituels dans cette affection, n'ont pas été rencontrés. Il est vrai que le liquide céphalo-rachidien révèle de la lymphocytose, sans albuminose. Ces états confusionnels peuvent se rencontrer dans les cas de tumeurs cérébrales. Ici la commotion en expliquerait l'étiologie. Mais le malade n'a ni céphalée, ni vertiges, ni vomissements. L'examen du fond de l'œil n'a pas montré de stase pupillaire. Nous n'avons trouvé aucun signe de localisation. Enfin, que tirer d'un Wassermann, négatif il y a six mois, positif il y a quinze jours, sans que le malade reconnaisse la syphilis ni dans son passé, ni dans celui de ses ascendants.

6° Resterait l'hypothèse de la démence précoce. MM. Guillain, Dupouy, Lépine, Leroy, Bonhomme et Nordman en ont présenté des observations pendant la guerre. La stupeur avec négativisme et sitiophobie, l'excitation, les attitudes bizarres (manger debout, camptocormie), l'affaiblissement intellectuel plaident en sa faveur. Mais pendant les rémissions, nous avons jugé, par la correspondance du malade, combien la sphère affective était peu touchée. Bien que des cas de rémission complète aient été signalés, cette absence de troubles de l'affectivité fait rejeter le diagnostic. N'oublions pas que le malade a été interné à la suite d'une crise affective.

Il nous a paru intéressant de vous présenter le malade bien que nous ne puissions conclure à son sujet d'une façon définitive.

Il entre difficilement dans les cadres classiques. D'après l'altération du liquide céphalo-rachidien, nous pensons à la nature organique de ce cas atypique. Du reste, même en ne faisant jouer à la commotion qu'une

action favorisante, l'interprétation clinique de ce malade est délicate. Le voici en rémission. Malgré cette rémission, et nous appuyant sur l'évolution antérieure, le pronostic nous semble réservé. Malheureusement pour le malade, il est permis de craindre que nous aurons l'occasion de le montrer à votre société, lors d'une rechute plus ou moins prochaine.

M. TRUELLE. — Cette surdité a toutes les allures d'une surdité fonctionnelle, psychique, pourrait-on dire. Elle est d'ailleurs incomplète. Quant à l'évolution de cet état mental, elle ressemble surtout à celle d'un intermittent ou d'un circulaire. L'amnésie paraît assez étrange et plus difficile à expliquer.

Intoxication mortelle (suicide) par ingestion de salicylate de méthyle

Par le D^r LEGRAIN et Mlle M. BADONNEL

Les cas mortels d'empoisonnement par le salicylate de méthyle étant fort rares, si même ils sont connus, il nous a paru intéressant de signaler les accidents produits par l'ingestion de 60 gr. environ de ce produit, absorbés par une malade de notre service dans l'intention de se suicider.

Un quart d'heure environ après l'ingestion qui eut lieu à 10 heures du matin, un lavage d'estomac fut pratiqué, grâce auquel la majeure partie du toxique, sinon la totalité, parut avoir été éliminée. Pour assurer une élimination plus complète, la malade reçut un vomitif dont les effets ne tardèrent pas à se faire sentir et continuèrent dans le cours de l'après-midi.

Pendant la fin de la matinée, la malade ne présenta aucun symptôme grave et ne se plaignit de rien. Elle eut seulement quelques vomissements dont le contenu décelait par son odeur la présence du salicylate de méthyle. A deux ou trois reprises dans l'après-midi, elle se présenta à la garde-robe. A 5 heures, elle refusa de manger et prit seulement un peu d'eau sucrée. A

8 heures 1/2, étant allée de nouveau à la selle, elle devint pâle et fut prise de nausées. Les infirmières lui donnèrent un peu de tilleul tiède. Elle le rejeta avec de la bile et des mucosités qui dégageaient une violente odeur de salicylate. L'haleine en était également imprégnée.

Très peu de temps après avoir vomi, la malade eut une crise convulsive que l'infirmière, très expérimentée, décrivit comme une forte crise d'épilepsie. Pendant 10 minutes environ, elle fut agitée de secousses violentes et généralisées. Il n'y eut toutefois ni morsure de la langue ni émission d'urine.

A partir de ce moment, la malade resta dans un demi-coma, continuant à avoir quelques soubresauts. Les extrémités étaient cyanosées et le corps couvert de sueurs abondantes. Après la crise, la température atteignit 38,8.

Vers 1 heure du matin, la malade se cyanosa davantage. A 3 heures 15, elle mourut sans avoir présenté de nouvelle crise.

Examen des urines : Les urines recueillies pendant la vie ont été malheureusement gaspillées. Mais, après la mort, la vessie fut vidée ; elle contenait 150 cc. 85 cc., soumis à l'analyse, fournirent les résultats suivants :

Réaction faiblement acide. Albumine, 0,80 par litre. Sucre, 0. Réaction de Legal +. Aucune odeur de salicylate de méthyle. Les urines donnent avec le perchlore de fer une coloration violette intense.

Le dosage a montré la présence de 0 gr. 05 d'acide salicylique (1).

A l'autopsie, on nota, entre autres choses, une congestion assez notable des deux *poumons*.

Le *cœur* ne présentait aucune lésion.

L'*estomac* contenait 15 cc. environ d'un liquide bilieux trouble, sanguinolent, répandant une forte odeur de salicylate de méthyle. Au microscope, il apparaissait nettement sous forme de gouttelettes huileuses,

(1) Nous devons le dosage ainsi que l'examen du contenu stomacal à l'obligeance de M. VALEUR, pharmacien en chef à l'Asile de Villejuif.

réfringentes, assez volumineuses. 11 gr. de ce résidu soumis au dosage contenaient encore 1 gr. 18 de salicylate. L'estomac ne présentait aucune ulcération, ni suffusion sanguine.

Le *foie* (poids 1.065 gr.) présentait de larges zones de dégénérescence aiguë.

Les *reins*, droit et gauche, pesaient respectivement 120 et 115 gr. Ils apparaissaient petits, rouges, avec une capsule adhérente (le type du rein rouge).

A l'ouverture de la *boîte crânienne*, on constata une congestion méningée intense et généralisée, prédominant à la face supérieure du cervelet. Quelques grammes à peine de liquide s'écoulèrent. Le *cerveau* conservé en vue de coupes ultérieures, n'offrait extérieurement aucune lésion.

Pendant l'autopsie, une odeur très pénétrante de salicylate de méthyle satura l'air de l'amphithéâtre.



RÉFLEXIONS. — Par une précieuse coïncidence, le présent accident nous permet de fournir l'autopsie d'une de ces malades dont nous avons présenté antérieurement les observations à la Société et sur l'état organique desquelles notre attention avait justement été appelée (1).

Type parfait de mélancolique, Mme C... était habituellement déprimée, avec quelques idées de persécution. Mais en outre, elle présentait, par intervalles, des paroxysmes d'anxiété au cours desquels nous avons observé une insuffisance hépatique notable. L'état de ses reins ne nous était pas non plus inconnu.

Les faits que nous rapportions avaient été observés pendant une crise qui avait évolué au mois de mai 1921. Nous avons eu l'occasion de les vérifier une fois encore identiquement au mois de novembre. Mme C... traversa à cette époque une nouvelle période de mélancolie anxieuse. Elle se reprochait « de ne pouvoir s'empêcher de dormir et de manger ». Elle demandait

(1) 4 cas d'acidose chez des mélancoliques, par Mlle M. BADONNEL. Soc. Méd. psych., 27 juin 1921. Obs. II.

« qu'on la laissât mourir de faim ou qu'on la crucifiât puisqu'elle causait le malheur des autres », etc. Dans ces paroxysmes, elle se livrait à une agitation alarmante et même fort émouvante pour l'entourage. C'est au cours d'un paroxysme nouveau, le plus intense même qu'elle ait eu, que la malade réalisa son suicide.

Dans ces crises apparaissait une légère albuminurie qui n'existait pas avant et qui disparaissait après le paroxysme. Le taux de l'urée sanguine atteignit 0,68.

Pendant quelques jours, au plus fort du paroxysme, la malade eut de l'acidose et une assez forte urobilinurie. L'examen des urines après la mort a révélé, nous venons de le dire, la présence d'acétone.

Nous avons pratiqué l'épreuve préconisée récemment par MM. Roch et Schiff pour mettre en évidence l'insuffisance hépatique. Une heure après ingestion de 0,04 de salicylate de soude, on décelait le passage du produit dans les urines et l'élimination se poursuivait pendant 10 heures.

Les troubles fonctionnels hépatorénaux au cours des états anxieux sont donc bien établis chez Mme C..., et légitimés par le constat d'autopsie.

Conclusions. — Tant au point de vue psychiatrique qu'au point de vue toxicologique, il est possible de dégager de tous ces faits quelques enseignements.

La mort est bien due à l'intoxication par le salicylate de méthyle. A aucun moment de sa vie, la malade n'a présenté aucun symptôme rappelant l'épilepsie.

L'accident si regrettable que nous rapportons aura eu tout au moins l'avantage d'éclairer, comme l'aurait fait une véritable expérience de laboratoire, la physiologie et la toxicologie du salicylate de méthyle dont l'histoire n'est pas inconnue des aliénistes.

On sait, en effet, que les expériences réalisées par Laborde, il y a plus de 30 ans, et dont il présenta les résultats à maintes reprises à l'Académie de Médecine, concernant les effets toxiques des boissons aromatiques à base d'essences naturelles ou artificielles, permirent de classer le salicylate de méthyle parmi les poisons *épiléptisants*.

C'est grâce à cette propriété expérimentalement re-

connue, que certains cliniciens, Magnan entre autres, purent expliquer les accidents épileptiformes présentés par certains buveurs d'apéritifs, de vermouth notamment, fabriqués et aromatisés avec le salicylate de méthyle.

Le fait a été si souvent confirmé par la clinique qu'il n'était guère permis d'en douter. Manquait toutefois la preuve expérimentale réalisée fortuitement chez l'homme lui-même. Cette preuve, notre cas l'apporte aussi péremptoire que possible, croyons-nous.

Nous relaterons le laps de temps considérable qui s'est écoulé entre le moment de l'ingestion du toxique et l'apparition des accidents terminaux : près de 10 heures, au cours desquelles la malade ne présentait pas même un symptôme inquiétant. Il suit de là que l'absorption du produit doit être extrêmement lente et cela donne à supposer qu'une intervention par un antidote chimique approprié pourrait peut-être conjurer des accidents mortels.

Il est notoire également que la toxicité du salicylate de méthyle doit être assez élevée, car l'intervention éliminatrice du poison fut immédiate et énergique. Il apparaît certain qu'une quantité relativement faible du poison dut passer dans l'intestin. La très minime quantité qui fut trouvée dans l'estomac avait dû y refluer de l'intestin après la mort.

Notons ensuite la condition favorable à l'intoxication présentée par l'état des organes : foie et reins insuffisants. Peut-être les accidents graves observés n'eussent-ils pas existé chez une malade en puissance d'émonctoires de bonne qualité.

Ajoutons que l'usage du salicylate de méthyle en thérapeutique interne est loin d'être inoffensif et qu'il doit être rigoureusement surveillé.

Du point de vue purement psychiatrique, notre observation semble bien établir qu'il y a un lien sérieux entre l'anxiété (peut-être la mélancolie elle-même) et l'état des organes d'élimination. Il semble évident que dans les états simples comme la manie et la mélancolie (les états dépressifs surtout), le facteur auto-toxique doit être pris en très sérieuse considération.

Ce n'est pas là un simple constat dogmatique ; il n'est pas impossible d'entrevoir, comme conclusion future, toute une méthode thérapeutique très rationnelle.

Les observations de cette nature éclairent les rapports entre la psychiatrie et la nosologie générale.

M. J. ROGUES DE FURSAC. — J'ai observé, il y a quelques années, un cas d'intoxication par le salicylate de soude qui m'est revenu en mémoire en entendant la communication de M. Legrain. Il s'agissait d'un malade qui avait absorbé en un jour une potion contenant 18 gr. de salicylate de soude, prescrite pour trois jours. Dans le courant de la nuit, il fut pris d'un délire hallucinatoire intense, avec agitation violente qui disparut le matin. Au bout d'un jour, tout était rentré dans l'ordre et j'ajoute que la crise de rhumatisme pour laquelle le salicylate de soude avait été prescrit fut complètement et définitivement enrayée. Comme dans le cas d'intoxication par le salicylate de méthyle que vient de rapporter M. Legrain, les manifestations toxiques furent à peu près exclusivement d'ordre cérébral, mais délirantes au lieu de convulsives.

M. TRUELLE. — Le délire salicylique a été décrit depuis longtemps ; les vieux médecins le connaissaient bien et s'attachaient même à différencier le rhumatisme cérébral du délire salicylique.

M. LEGRAIN. — Dans le cas que je viens de citer, il importe de tenir compte de l'élément éthyle. Le salicylate de soude s'absorbe et s'élimine beaucoup plus vite. Il est à remarquer qu'avec le salicylate de méthyle, l'absorption a été, au contraire, assez lente et les accidents toxiques relativement tardifs.

La séance est levée à 18 heures.

Les Secrétaires des séances,
René CHARPENTIER, J. CAPGRAS.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

PSYCHIATRIE

M. DIDE et P. GUIRAUD, médecins de l'asile d'aliénés de Braqueville, *Psychiatrie du médecin praticien*, 1 volume de 415 pages avec 8 planches hors texte, Masson, édit., 20 fr.

Résultat de la collaboration ardente de deux aliénistes expérimentés, psychologues raffinés autant qu'observateurs pénétrants, également actifs et infatigables au lit du malade et au laboratoire, ne laissant rien à l'ignorance de ce qu'ils peuvent lui ôter par une scrupuleuse recherche, mais au reste si passionnés et si résolus qu'ils ne manquent jamais les découvertes que leur présente une ingénieuse perspicacité, ce beau livre, dont le succès certain présage une seconde édition prochaine, plaçant la jeune école de Braqueville en tête du mouvement psychiatrique, mérite mieux qu'un dithyrambe, pour aussi légitime qu'il soit, et nécessite la critique de conceptions qui, par leur originalité séduisante, fixeront l'attention de tous ceux qui, de près ou de loin, s'intéressent à la pathologie mentale.

Dide et Guiraud s'abstiennent volontairement de toute bibliographie, mais leur érudition perce à chaque page. Dégageés de toute doctrine, inspirés par une culture générale à la fois scientifique et littéraire, ils unissent le respect de la tradition à l'amour de la nouveauté. Admirateurs des grands aliénistes français du XIX^e siècle, mais très au courant des derniers travaux étrangers, ayant tout assimilé, tout « repensé », ils ont tout rénové. Peut-être cependant gardent-ils trop d'engouement pour les modes présentes. Sous le règne des colloïdes, comment ne pas attribuer la crise épileptique à un choc protéique, surtout quand cette hypothèse a fait l'objet d'études personnelles couronnées par l'Académie royale de Belgique ? mais emprunter à deux jolis mots de Bergson la pathogénie de la démence précoce et situer ensuite l'élan vital dans le *locus niger*, halte-là !

Selon l'usage, ce *Manuel du praticien* commence par un

exposé sémiologique d'une concision et d'une clarté parfaites. Si je ne me trompe, il est le seul en France, à l'exception d'un ouvrage de Legrain, qui mette en première page cet élément capital et constant de psychopathogénie : l'inconscient, domaine obscur où la psychanalyse projette de rares lueurs. Renonçant — et c'est dommage ! — à la tentative prématurée d'étudier la sémiologie mentale comme une série de complexes, D et G, en quarante pages, décrivent les troubles des instincts, de l'affectivité, de l'intelligence, de l'activité volontaire, suivant leur progression génétique.

Pour un Traité de cette envergure, sous son modeste format, une classification nosographique spéciale s'imposait. Elle est tirée de la méthode anatomo-pathogénique, et par suite n'individualise pas les formes exclusivement étiologiques telles que l'alcoolisme. Les auteurs croient pouvoir « déterminer quels systèmes anatomiques sont particulièrement touchés suivant que l'affection porte d'abord sur les territoires corticaux ou plus spécialement sur le système sympathique et ses prolongements cérébraux. Dans le premier cas, les processus intellectuels fléchissent d'emblée au lieu que dans le second les troubles de la conscience cénesthésique amènent des désordres primitivement infra-conscients et portant sur les modalités instinctives, affectives et actives. » Il convient donc de faire entre les syndromes mentaux une distinction essentielle : les uns sont partiels n'atteignant que quelques fonctions mentales (psychoses constitutionnelles notamment), les autres apparaissent comme une atteinte foncière et généralisée de tout le psychisme. De là les divisions et subdivisions suivantes :

I. — *Arrêts de développement* : Idiotie. Imbécillité. Débilité. Epilepsie.

II. — *Syndromes constitutionnels* : A. Constitutions pathologiques : cyclothymique ; neurasthénique ; psychasthénique ; hystérique ; perverse ; passionnée (revendicateurs et idéalistes). — B. Psychoses constitutionnelles : 1. Psychose périodique. 2. Délires systématisés progressifs. 3. Démence précoce.

III. — *Syndromes acquis sans atteinte du fonds mental* : 1. Neurasthénie par épuisement, neurasthénie émotive, cénestopathies légitimes. 2. Excitation maniaque ébrieuse, autotoxique, présénile, émotive. 3. Mélancolie présénile, états mélancoliques par épuisement. 4. Délires systématisés acquis, les uns à passion prévalente (délire involutif de préjudice et de récrimination, délire toxique de jalousie), les autres complexes transitoires. 5. Toxicomanies : morphinisme, cocaïnisme, dipsomanie.

IV. *Syndromes de cause acquise avec atteinte transitoire du fonds mental* : 1. Toxi-infections aiguës et subaiguës : confusion mentale simple, onirisme pur, confusion mentale avec onirisme, onirisme agité avec confusion, confusion stupide, délire aigu, syndrome de Korsakoff. 2. Syndromes aigus provoqués par l'émotion : onirisme émotif, sidération émotive, confusion mentale post-émotive. 3. Syndromes aigus post-traumatiques.

V. — *Syndromes acquis avec atteinte définitive du fonds mental* : 1. Troubles mentaux liés aux lésions circonscrites : agnosie, apraxie, aphasie. 2. Les démences involutives : démences artério-scléreuse et sénile. 3. Démence par encéphalite infectieuse : Syphilis cérébrale. Paralyse générale. Maladie de sommeil. 4. Démences toxiques : alcoolique, par stupéfiants, saturnine. 5. Démences de mécanisme mal connu : post-traumatique, post-méningitique, épileptique, dans les maladies nerveuses, post-confusionnelle.

Cette classification est certainement excellente, mais, je l'avoue humblement, je reste très sceptique sur la valeur des classifications anatomo-pathogéniques en psychiatrie. J'ai l'impression qu'elles épaississent les ténèbres au lieu de les dissiper : elles éloignent des ressemblances et rapprochent des dissemblances ; elles ont le défaut de placer de force sur le même plan des choses situées à des plans différents : ici c'est un simple moment morbide, là un processus de longue durée, à côté une personnalité morbide tout entière ; on identifie, suivant les besoins, le malade et la maladie. Pourquoi donc ne pas reconnaître notre ignorance ? Que savons-nous de la pathogénie, de la nature des troubles mentaux ? presque rien. Nous n'entrevoyons qu'une seule maladie mentale, à peu près digne de ce nom, la paralyse générale. Tout le reste n'est que syndromes, c'est-à-dire groupement de symptômes. Et ces syndromes, confusions mentales, psychoses maniaques dépressives, délires systématisés, démences, réunis par des formes intermédiaires, se combinent ou se succèdent souvent. Ne leur attribuons pas une autonomie que les faits contredisent. Un classement didactique, surtout s'il veut se mettre à la portée du médecin praticien, doit, à l'heure actuelle, se contenter de deux grandes divisions : 1° une vaste description de syndromes ; 2° une double étiologie générale : terrain individuel d'un côté, causes déterminantes ou occasionnelles de l'autre. Quant à l'anatomie, elle n'a pas encore rendu ce que l'on espérait : même dans les démences organiques on ne saisit pas le lien entre la lésion et le syndrome mental.

Les psychoses constitutionnelles de D. et G. comprennent

les psychoses périodiques, les délires systématisés progressifs, la démence précoce, autrement dit tous les syndromes psychiques, sauf les confusions mentales et les démences organiques. Ce bloc ne me dit rien qui vaille.

Prenons la manie, par exemple. D. et G. décrivent une manie constitutionnelle qui est celle de la psychose périodique dans leur section II et l'excitation maniaque acquise dans leur section III. Je ne conteste pas l'intérêt de cette division, d'ailleurs classique, mais, au point de vue didactique, on gagnerait en clarté à décrire côte à côte des états maniaques, symptomatiques les uns de la folie périodique, les autres de certaines intoxications, ceux-ci, d'ailleurs, très voisins de la confusion mentale ; car entre certains états confusionnels où l'agitation l'emporte sur l'obnubilation et certains états maniaques avec désorientation passagère, la différence me semble souvent imperceptible : lequel d'entre nous n'a pas hésité entre ces deux diagnostics. Pour les médecins de Braqueville, il existe entre la confusion et la manie une séparation radicale : l'une, la confusion, est un délire général, l'autre, la manie, un délire partiel.

Les syndromes constitutionnels, comme la manie, n'atteignent, en effet, que « quelques fonctions mentales qui sont déviées, désordonnées, plutôt qu'abolies ». Nous étions cependant habitués à considérer la manie comme un désordre général portant sur l'ensemble des fonctions psychiques. D. et G. ont changé tout cela en précisant les limites de la psychopathologie constitutionnelle. « La notion de dégénérescence, écrivent-ils, appliquée à la clinique, procède de données psychologiques intellectualistes et confond les troubles de la psychogénèse affective avec les défauts de développement intellectuel. » Or, la contingence des troubles intellectuels leur apparaît évidente. La seule cause des psychoses constitutionnelles, c'est « une fragilité élective des éléments nerveux, base organique des tendances instinctives affectives ». Ne voit-on pas, en effet, les maladies familiales frapper électivement certains groupes de cellules nerveuses ?

Cette conception nouvelle de la dégénérescence s'applique très exactement à la démence précoce que D. et G. rapprochent de la maladie de Wilson. On sait, en effet, que la dégénérescence hépato-lenticulaire est, pour certains, une affection hérédo-familiale résultant d'une anomalie congénitale. Eh bien, la démence précoce (qu'il vaudrait mieux appeler *athymhormie*, c'est-à-dire perte de l'élan vital) est une affection héréditaire caractérisée par la fragilité et l'invololution élective des groupes cellulaires où se terminent les voies sympathiques, cellules qui président à la synthèse

cœnesthésique et à l'activité vitale instinctive, situées dans la région sous-optique, région que D. et G. ont trouvée atteinte de façon *constante, précoce, intense* dans la démence précoce. Si les recherches de laboratoire confirment cette découverte capitale, je prédis à l'école de Braqueville l'immortalité de Bayle. N'ayant aucune compétence en neurologie, je ne saurais l'apprécier. Je crains fort cependant que les auteurs se soient laissés entraîner par leur passion de l'actualité, si j'en juge d'après le scepticisme que le Professeur Pierre Marie exprimait récemment à l'égard des syndromes striés. Au point de vue psychiatrique, je ne puis m'empêcher de marquer quelque étonnement. Etant donnée la classification même des auteurs, ranger la démence précoce dans les syndromes partiels des psychoses constitutionnelles et l'éloigner pareillement des syndromes acquis avec atteinte définitive du fonds mental me semble un tant soit peu... discordant.

A vrai dire, n'ai-je peut-être pas très bien saisi la nature de l'athymhormie. En effet, pour séparer les délires systématisés progressifs de la démence précoce délirante, D. et G. déclarent que « dans cette dernière affection, il y a d'emblée atteinte du psychisme tout entier ».

Quoi qu'il en soit, cette description de la démence précoce est intéressante et toujours relevée d'une pointe d'originalité. Les symptômes fondamentaux de la période d'état seraient le désintérêt, l'inertie, le fléchissement des sentiments affectifs, l'ambivalence, le sentiment pénible d'étrangeté intérieure. Ce dernier signe ne me paraît pas fondamental, mais au contraire exceptionnel ; il n'est pas vrai que le dément précoce « ait conscience des modifications profondes intervenues dans son psychisme », sauf au début de la maladie, surtout dans la démence paranoïde ; à la période d'état, l'inconscience est comparable à celle du P. G., quoique moins béate. A mon avis, cette vague conscience d'état morbide s'observe chez certains maniaques dépressifs déséquilibrés dont la psychose déformée simule la démence précoce.

Les paragraphes sur les troubles intellectuels, le cours des idées, l'automatisme verbal, les délires contiennent nombre de détails inédits ou présentés sous un jour nouveau très lumineux. J'aurais préféré cependant une distinction plus nette entre l'hébéphrénocatatonie et la démence paranoïde. Se contenter de décrire cette forme paranoïde par l'unique phrase « le délire est le symptôme le plus apparent », me semble insuffisant. Les faits démontrent que la démence paranoïde diffère assez profondément de l'hébéphrénie et tient le milieu entre celle-ci et certains délires systématisés.

D. et G. ont « repensé » la question des délires systématisés progressifs comme toutes les autres. Rejetant les divisions modernes de ce groupe, ils isolent le délire de revendication et le classent dans les constitutions pathologiques à côté des idéalistes passionnés, cette variété de revendicateurs altruistes à laquelle Dide a consacré, il y a une dizaine d'années, un travail remarqué. Quant aux délires systématisés progressifs, ce sont des psychoses constitutionnelles dans lesquelles « tout se passe comme si dans le subconscient du malade se développait un néoplasme psychologique dont l'essentiel est un état affectif morbide. Cet état affectif arrive à pénétrer dans la conscience par des modalités diverses qui sont : l'intuition, l'interprétation, l'hallucination, etc... ». Conception classique, en somme, revêtue d'une parure freudienne avec un soupçon de bergsonisme. D. et G. admettent les particularités incontestables du délire d'interprétation, mais ils montrent, par des arguments solides, que les interpréteurs ne se différencient guère des hallucinés. J'aurais, on le devine, grande envie de défendre le délire d'interprétation, si gravement menacé, mais ne comptant pas y réussir en quelques lignes, j'y reviendrai plus tard ; j'exprimerai simplement le regret que les auteurs n'aient pas davantage fouillé la question des troubles sensoriels ; c'est là que gît sans doute la clé de l'énigme. Je m'empresse d'ajouter que la description de D. et G. n'en reste pas moins très complète et très originale ; je citerai notamment les paragraphes sur les complexes idéo-affectifs (complexe maladie, complexe intérêt matériel et considération sociale, complexe sexuel, complexe moral et religieux) et l'analyse des réactions euphoriques, du manichéisme délirant, des délires cosmogoniques, etc.

Il faudrait encore noter bien d'autres curiosités de ce volume qui, véritablement, fourmille de conceptions pénétrantes et de croquis cliniques aussi brillants que les photographies artistiques dont il est orné. Mais j'ai déjà dépassé les limites d'un article bibliographique. Je me contenterai donc de signaler le chapitre des troubles mentaux liés aux lésions circonscrites où les auteurs décrivent, à bon droit, l'agnosie, l'apraxie, l'aphasie dont l'étude ressortit à la psychiatrie autant qu'à la neurologie. J'ai moins senti, si ce n'est à cause de son actualité, l'utilité d'une description des syndromes lenticulo-caudés alors qu'on néglige la couche optique ; le syndrome thalamique serait-il mort avec Déjerine ? Le chapitre sur la paralysie générale est d'une clarté parfaite et vraiment à la portée, celui-ci, du médecin praticien. Mais ensuite, pourquoi grouper sous l'épithète démences de

mécanisme inconnu la démence traumatique, la démence épileptique, la démence choréique, etc. ? tant d'autres démences ont un mécanisme tout aussi mal connu ! Pourquoi terminer cette dernière subdivision par la démence confusionnelle ? sinon pour la séparer radicalement de la démence précoce : les différences entre les deux syndromes sont, en effet, mises en relief par un tableau schématique qui m'a laissé quelque peu rêveur. Mais je me suis ressaisi en lisant la dernière phrase que voici : « Peut-être arriverait-on à démontrer que les manifestations catatoniques résultent d'une atteinte toxique aiguë ou subaiguë des noyaux gris centraux et diffèrent pathogéniquement de la dégénérescence primitive des cellules, cause de la D. P. vraie. »

Le livre finit par des notions pratiques très précises : examen du malade mental, placement à l'asile, alimentation artificielle, analyse du liquide céphalo-rachidien et enfin expertise médico-légale. Quoique assez bref, ce dernier chapitre renferme nombre de considérations utiles sur la responsabilité, la capacité civile, les commissions d'experts, les formalités de l'expertise, la rédaction des rapports, les honoraires des experts, les affections mentales à envisager d'après l'inculpation criminelle, la simulation, la sursimulation, l'exagération.

Je n'ai pu donner de cette œuvre magistrale qu'une analyse sommaire ; pour en exposer et pour en critiquer toutes les grandes idées et tous les jolis détails, j'écrirais encore plusieurs pages. Je me suis trop attardé à opposer mon opinion, d'une simplicité archaïque, aux savantes nouveautés des auteurs et mon analyse reste incomplète. Elle vous donnera du moins, mes chers collègues, l'envie de connaître ce livre : croyez-moi, ouvrez-le, vous le lirez jusqu'au bout ; il est, pour un aliéniste averti, plus captivant qu'un roman de Pierre Benoît. Quant à moi, il m'a tellement emballé que, contre mon habitude, j'ai laissé ma plume courir la bride sur le cou.

J. CAPGRAS.

PSYCHOLOGIE

Les Problèmes généraux de l'hérédité psychologique, par le Dr Georges POYER, agrégé de philosophie, docteur ès lettres, 1 vol. in-8, 304 p., 15 fr. Librairie Félix Alcan.

Le problème de l'hérédité a été complètement renouvelé depuis une vingtaine d'années. Des théories ont surgi qui conduisent à envisager les faits anciennement connus sous un jour nouveau, une ample moisson d'observations nou-

velles a été recueillie tant par les biologistes que par les cliniciens, les psychiatres et les psychologues proprement dits ; les conséquences que l'on peut en tirer au point de vue pédagogique, économique et social ont été étudiées d'une manière approfondie, particulièrement à l'étranger et surtout aux Etats-Unis. Sur tous ces points, l'exposé de M. Poyer, fortement documenté et d'une présentation très claire, permettra à tous ceux qui s'intéressent à ces questions, philosophes, médecins, éducateurs, sociologues, de se mettre rapidement au courant des derniers progrès de la science.

Je signalerai tout particulièrement aux aliénistes quelques chapitres de ce livre intéressant. On connaît le succès grandissant des théories de Mendel, depuis leur redécouverte en 1900 : P. les analyse avec beaucoup de précision et relate nombre de faits importants dans l'étude du mendélisme chez l'homme. On y constate avec quelle minutie l'hérédité peut transmettre certains caractères, ceci par exemple : pour faire le geste de la prière, certaines personnes joignent les mains en plaçant toujours en dessus le pouce gauche, d'autres le pouce droit ; or Lutz a observé que cette dernière particularité se transmet héréditairement ; quand les deux parents placent en dessus le pouce droit, les trois quarts des enfants font de même ; quand c'est le pouce gauche, les trois cinquièmes !

Après les notions sur les maladies et les psychoses familiales, proprement héréditaires, et les troubles apportés dans le développement par les infections et surtout les intoxications (alcoolisme), viennent les statistiques générales sur l'hérédité dans l'aliénation publiées en France et à l'étranger, notamment en Angleterre (Mott), puis les recherches spéciales sur l'hérédité dans quelques psychoses. De l'ensemble de ces travaux ne se dégagent pas encore des conclusions certaines, mais plutôt des impressions : c'est dans la psychose maniaque dépressive que les lois mendéliennes semblent s'appliquer le mieux ; l'influence de l'hérédité paraît moins nette dans la démence précoce ; on remarque dans l'épilepsie de singuliers rapports héréditaires avec la gaucherie et les troubles de la parole ; la recherche de l'hérédité chez les anormaux et les arriérés a une importance spéciale qui a fait l'objet de nombreux travaux aux Etats-Unis.

Fort instructive est l'analyse des grandes enquêtes conduites en Angleterre et en Amérique par la méthode statistique portant sur l'hérédité de qualités intellectuelles et morales déterminées (notamment par le procédé de tests) et

par la méthode génétique qui recherche, parmi les fonctions psychiques, celles qui peuvent être considérées comme des caractères mendéliens. On est arrivé à des résultats curieux. Selon Devenport, le nomadisme, ou impulsion à voyager, se présenterait comme un trait récessif, lié au sexe : la tendance serait transmise par la mère, bien que la mère puisse ne pas présenter elle-même ce caractère de ses ascendants ou collatéraux.

L'étude des jumeaux constitue en quelque sorte le point central de toute théorie de l'hérédité : la folie gémellaire est examinée par l'auteur qui rapporte le cas typique de jumelles univitellines publié par Marandon de Montyel.

Un dernier chapitre sur le problème pratique de l'eugénique a des rapports étroits avec l'hygiène et la prophylaxie mentales. Une bibliographie choisie, mais suffisamment complète, termine ce volume, un des meilleurs qui aient été écrits sur cette question d'une importance capitale en psychiatrie et en sociologie. C'est une revue générale très complète et en même temps une critique savante des travaux considérables de ces dernières années qui semblent devoir éclairer un peu l'étiologie, jusqu'à présent si obscure, des troubles mentaux.

J. CAPGRAS.

Introduction à la Psychanalyse, par S. FREUD, traduit par le Dr S. JANKELEVITCH, Payot, édit.

Les pages liminaires, sous couleur de marquer les nombreux obstacles dressés devant l'apprenti psychanalyste, parent fort habilement l'objection fondamentale, tirée de l'extrême subjectivité de la méthode. Il faut donc que, dès l'abord, le lecteur accepte les procédés d'une analyse propre à le choquer souvent, ou qu'il plante là sa lecture. La première partie, consacrée aux *actes manqués*, apporte de réelles et solides séductions ; elle est le reflet de ce que l'auteur exposa de façon si pénétrante dans sa Psychopathologie de la vie quotidienne. Le mécanisme du lapsus, de l'oubli, de la méprise exprime l'interférence de deux tendances dont l'une échappe le plus souvent au contrôle de la conscience claire ; de même se trouve utilement soulignée la valeur de l'oubli, processus actif, élaguant momentanément tout ce qui, dans le souvenir, est inutile ou contraire à l'action en cours.

L'étude du *rêve*, si fructueuse pour l'école freudienne, semble calquée sur le même plan. Il s'agit de retrouver derrière le contenu manifeste du rêve, tel que le raconte le

sujet, les idées latentes, profondément ancrées dans l'inconscient. Freud ne dissimule pas les difficultés que peut rencontrer une telle recherche. Aussi s'attache-t-il à en préciser la technique ; la *méthode des associations* en est le principal moyen ; proposée bien antérieurement par l'école de Wundt, perfectionnée par Bleuler et Yung, elle permet de retrouver les complexes enfouis, et dont l'expression crue, incompatible avec l'harmonie de la vie consciente, est refoulée par une fonction protectrice, celle de la *censure*. Le rêve apparaît donc comme un mode d'expression salutaire et symbolique de désirs inavoués. Grâce à cette libération, la vie consciente peut se développer sans être trop troublée par les remous de l'inconscient. Et c'est, à notre sens, l'originalité et l'excès de la psychanalyse que d'avoir voulu établir la notion de la libido, contenu affectif de l'inconscient, chargée avant tout d'éléments sexuels, s'exprimant par des symboles dont l'identification demeure passionnément poursuivie au moyen de la psychologie générale, de la linguistique, du folklore mondial. La résistance même opposée à cette conception est, pour Freud, une puissante preuve psychologique de la justesse de son hypothèse. Le contenu manifeste du rêve offre le fruit d'une élaboration profonde faite de *condensation*, de *déplacements* des divers éléments primitifs, de transformations régressives d'idées en images ; le travail d'interprétation du psychanalyste consistera donc à remonter le courant de ce processus. Ici, l'auteur va au-devant d'objections qui lui sont très fréquemment opposées ; le rêve peut très bien être interprété dans le sens d'instincts primordiaux, tels que la faim, par exemple, mais, dès que l'interprétation d'un rêve n'apparaît pas clairement, il faut se souvenir que ce sont les rêves à contenu sexuel qui sont le plus déformés. Enfin l'étude de la psychologie du premier âge montre que l'inconscient de la vie psychique n'est autre chose que la phase infantile de cette vie. C'est ici que s'ouvre le chapitre essentiel, celui de la théorie générale des névroses. Comme les actes manqués, comme les rêves, les symptômes névrotiques ont leur sens. La psychiatrie s'est bornée à en dresser l'inventaire ; la psychanalyse prétend à découvrir les racines profondes du dynamisme dont ils sont l'expression méconnaissable. Il faut remonter jusqu'aux tendances primordiales enfouies dans l'inconscient. A cet endroit, et pour qui ne professe pas la foi freudienne, la démonstration, si ingénieuse qu'elle soit, nous paraît manquer de rigueur. Tout en faisant à la vie sexuelle une part très large, on ne souscrit pas facilement à cette opinion par quoi les tout premiers actes du nourrisson sont considérés

comme des manifestations d'autoérotisme. En particulier l'existence des perversions sexuelles, de la sodomie par exemple, n'induit pas forcément le psychologue à penser que l'anus est un centre érogène normal de la première enfance, la perversion ne traduisant qu'une persistance anormale de ce stade infantile.

L'étude de la *libido*, ou faisceau des tendances à l'accomplissement sexuel au sens le plus étendu, finit par montrer à l'auteur que l'élément essentiel des névroses est constitué par le célèbre *Œdipe complexe*, exprimant les inclinations incestueuses de l'enfance, et qui n'a pas été refoulé au temps de la puberté. De l'opposition entre la *libido* et le *moi*, c'est-à-dire entre les tendances sexuelles et les tendances non sexuelles, naît un conflit. La névrose est créée. Les nuances sont dues au développement anormal, à la fixation ou à la régression de l'un ou l'autre des facteurs antagonistes. L'*angoisse* exprimerait la réaction de l'instinct de conservation du *moi* contre les tendances dissolvantes de la *libido*. Que celle-ci, au lieu de s'attacher à des objets extérieurs, s'attaque au *moi*, le *narcissisme* se trouve réalisé, et il est curieux de lire comment les psychanalystes ont voulu, de cette vue de l'esprit, tirer une psychogenèse de la démence précoce et de la paranoïa, groupées sous le nom de *paraphrénies*.

Le thérapeute doit donc viser à résoudre tout conflit en amenant l'inconscient à fleur de conscience. Dans une certaine catégorie de névroses, hystérie, névrose d'angoisse, névrose obsessionnelle, la guérison s'opère grâce à un déplacement affectif, à un *transfert* de la libido dirigée vers le médecin. Ces *névroses de transfert* sont, de ce fait, les plus aisément curables. La dernière tâche est de dissoudre ce transfert pour rétablir enfin l'unité psychique, l'harmonie de la *libido* et du *moi*.

Quelle que soit la fortune de la pensée freudienne, nous devons au traducteur et à l'éditeur une grande reconnaissance. Jamais encore le grand public français n'avait pu aborder, en des œuvres de première main, ce chapitre si révolutionnaire de la psychopathologie. Il le pourra désormais, et on fut bien inspiré en présentant tout d'abord cette « somme » vulgarisatrice de l'effort de toute une école. Ainsi, sur la connaissance des théories de Freud en leur dernier état, pourra s'édifier une critique mieux assurée.

Albert BROUSSEAU.

La Psychologie de la Médecine, par T.-W. MITCHELL, Methuen and Co, Londres.

L'auteur a eu le rare mérite de réussir un exposé clair et concis de cette question. L'histoire des doctrines et des méthodes qu'elles ont engendrées est nettement tracée, depuis les travaux initiaux de Mesmer sur le magnétisme animal jusqu'aux acquisitions les plus récentes de l'école post-psychoanalytique de Jung, Maeder et Adler. Il est agréable pour nous de voir reconnaître la juste place de l'œuvre de Janet dans le développement de nos connaissances en psychopathologie. Les névroses traduisent un phénomène essentiel : celui de la *dissociation*. Janet, partant de ses études sur l'hystérie, en fit l'aboutissant d'un abaissement de la tension psychologique, un état de *misère psychologique*. Freud poussa plus loin l'interprétation et montra qu'il s'agit de la manifestation de processus actifs, réalisant des *conflits*, dont la solution oriente les méthodes thérapeutiques. Les conceptions de Morton Prince, Dubois, Déjerine, Mac-Dougall, Jung sont successivement envisagées, et cela selon un point de vue critique, touchant en particulier l'ambiguïté des termes *inconscient*, *subconscient*, *co-conscient*, grâce à quoi sont éclairés ces problèmes difficiles. De tout cet effort se dégage la notion de l'importance extrême du premier âge de la vie, et de la difficulté que soulève la conception actuelle de la vie familiale.

Le développement de la vie sexuelle, abandonné au hasard des révélations fortuites, soumis à des répressions inadéquates, la fréquence de l'égoïsme parental, apportent les germes capitaux des *conflits* ultérieurs qui s'exprimeront sous la forme des névroses. Toute une prophylaxie dérive de cette excellente revue générale, que vient rehausser un appoint personnel des plus heureux.

Albert BROUSSEAU.

La Technique de la Psychanalyse, par SMITH ELY JELLIFE, Nervous and Mental Disease Publishing Cy, New-York.

Ce travail résume l'expérience d'un des hommes les plus avertis en matière de psychanalyse. Il fait le plus heureux contraste avec les innombrables publications où des auteurs passionnés exposent leurs hypothèses hasardées sous le couvert d'une méthode dont il est impossible de ne pas tenir compte. Mais leurs excès rebutent souvent le lecteur ami des faits. M. Jellife offre au débutant le fil d'Ariane qui oriente ses pas parmi les floraisons touffues des manifesta-

tions névrosiques et le guide dans l'interprétation délicate qui prétend mettre à nu les complexes fondamentaux et résoudre les conflits affectifs. Un mode d'expression alerte, nourri d'exemples, appuyé sur des schémas clairs, soutient l'intérêt tout au long des rudes étapes où se trouble notre formation psychologique traditionnelle. Mais il est un chapitre particulièrement suggestif, c'est celui où l'auteur, fixant les indications de la psychanalyse, en marque vigoureusement aussi les contre-indications ; il réagit contre le prosélytisme de ceux qui veulent appliquer sans discernement et à toute la psychiatrie la méthode freudienne, amorce les règles déontologiques qui doivent régir les rapports entre le psychanalyste et le praticien, et renvoie parmi les chiromanciens et autres diseurs de bonne aventure les parasites sociaux qui, sans culture médicale, ont voulu exploiter le snobisme et les excès que suscita la psychanalyse.

Albert BROUSSEAU.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 23 janvier 1922

Présidence de M. le D^r ARNAUD

Encéphalite léthargique et troubles nerveux. — Les Docteurs A. MARIE et PARANT présentent deux cas de séquelles neurophysiques de l'encéphalite léthargique datant de 1920. Celui des deux malades qui a la séquelle mentale la plus grave présente le syndrome confusionnel et catatonique de la démence précoce clonique, mais l'enquête sur le cas montre que les fugues et troubles mentaux existaient deux ans avant l'encéphalite qui fut consécutive et non causale.

Un cas de trophœdème chronique. — MM. LEROY et CÉNAC présentent une débile de 47 ans, atteinte d'idées de persécution et de trophœdème de la jambe droite, datant de 20 ans. L'affection s'est développée à la suite d'un traumatisme de l'articulation tibio-tarsienne.

La jambe a acquis presque immédiatement le développement observé aujourd'hui, œdème chronique dur, blanc, indolore, gardant mal le godet, rétrocedant légèrement par le repos prolongé. Aucun symptôme somatique, pas de cause de compression. — Examen radiographique négatif. — Santé générale bonne.

Ici le trophœdème n'est pas congénital, aucun symptôme dystrophique héréditaire, ni familial.

Psychoses atypiques, folie intermittente ou démence précoce. — MM. J. CAPGRAS et P. ABÉLY présentent deux malades atteintes de psychose maniaque dépressive simulant la démence précoce.

1° Mélancolie avec conscience et délire de négations associée au maniérisme stéréotypé avec désordre de la tenue, désintérêt, crises de glossolalie et rires spasmodiques, consécutive à plusieurs accès d'excitation maniaque et de mélancolie anxieuse. — 2° Délire polymorphe hallucinatoire intermittent à prédominance d'idées érotiques et mystiques, avec maniérisme, verbigération, alternatives d'excitation et de dépression, conservation des sentiments affectifs et conscience de l'état morbide dans les périodes intercalaires. Les

deux malades âgées de plus de trente ans ont un passé de grandes déséquilibrées.

Un cas de délire de persécution à longue évolution. — M. LEYRITZ (Service du D^r Colin) présente un délire systématisé de persécution qui évolue depuis 1901 chez un homme de 47 ans. Au bout de 20 ans, il n'y a pas d'affaiblissement intellectuel. Le malade paraît avoir eu des hallucinations visuelles vraies puisqu'il a vu et qu'il décrit ses deux persécuteurs « qui changeaient constamment de costume ».

Il décrit, d'autre part, des hallucinations visuelles psychiques (Baillarger). Très nombreuses interprétations délirantes rétrospectives et peut-être hallucinations cénesthésiques, hallucinations du goût et de l'odorat.

Ses réactions sont particulièrement dangereuses.

Syndrome confusionnel au cours de l'encéphalite léthargique, par M. Lucien LAGRIFFE. — Il s'agit d'un matelot de 21 ans. Début par un état d'apparence grippale avec embarras gastrique fébrile ; au bout de quinze jours, dépression, idées obsédantes de culpabilité et d'indignité qui ont nécessité l'internement deux mois après les premiers signes d'encéphalite. Pendant trois mois environ, confusion mentale avec stupeur. Amélioration progressive. Guérison. Persistance de tendances hypocondriaques.

Tumeur hypophysaire et épilepsie tardive, par M. BEAUSART. — Épilepsie apparue à 40 ans. Décès à 64 ans. Grosse tumeur hypophysaire adénomateuse ayant détruit la selle turcique et se développant vers la protubérance. Pas d'acromégalie, pas de diabète ; esquisse de syndrome de Fröelich.

La réaction de Bordet-Wassermann dans 65 cas de P. G. suspectée ou confirmée, par M. DE LAULERIE (Service de M. VURPAS). — Dans un cas de P. G. absolument typique, nous avons trouvé une réaction positive dans le sérum sanguin, mais négative dans le liquide céphalo-rachidien avec lymphocytose notable et hyperalbuminose. Trois mois après, sans que le sujet ait été soumis à aucun traitement, nous avons trouvé la réaction fortement positive dans le liquide céphalo-rachidien.

En dehors de ce cas — qui nous a arrêté un certain temps — nous avons toujours trouvé une concordance parfaite entre les résultats des examens biologiques et les résultats des examens cliniques.

VARIÉTÉS

PRÉFECTURE DE LA SEINE

CONCOURS DE MÉDECIN EN CHEF DES ASILES DE LA SEINE

(9-22 janvier 1922)

Détail des points attribués aux candidats

NOMS	Service militaire 10	Etats de services 10	Titres Travaux 40	Epreuve orale 20	Epreuve écrite 30	TOTAL 110
MM. les D ^{rs} :						
Benon	1	5,5	33	15,5	26	81
Brissot.....	3	7,5	35	17	27	89,5
Courbon.....	3	9	38,25	15	28	93,25
Génil-Perrin...	5	7	37,5	17	27	93,5
Guiraud.....	7	8	36,5	16,5	27	95
Hamel	5	7,5	32	15	28	87,5
Naudascher....	0,25	7,5	31	»	»	»
Pascal	»	9	35,5	17,5	27	89
Viollet	5	5	20	14	26	70

CONCOURS DE L'INTERNAT DES ASILES DE LA SEINE

Un concours pour cinq places d'interne en médecine titulaire, et la désignation d'internes provisoires, des asiles publics d'aliénés de la Seine, et de l'Infirmerie spéciale des aliénés près la Préfecture de Police, s'ouvrira, à Paris, le lundi 27 mars 1922.

Les inscriptions seront reçues à la Préfecture de la Seine (Service du Département), 2^e bureau annexe Est de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, tous les jours, dimanches et fêtes exceptés, de 10 heures à 12 heures et de 14 à 17 heures, du 27 février au 11 mars 1922.

Les candidats seront convoqués par lettre. Néanmoins, l'administration décline toute responsabilité pour les convocations qui ne parviendraient pas.

CONCOURS DE L'INTERNAT DES HÔPITAUX DE PARIS

Parmi les nominations qui ont suivi le récent concours de l'Internat, nous avons le très grand plaisir de relever les noms suivants :

M. Péron, interne titulaire, reçu le 9^e. M. Péron est le petit-fils de notre maître Magnan et le beau-fils de notre collègue et ami le D^r Fillassier.

M. Raiga, interne titulaire, reçu le 31^e. M. Raiga est le fils de notre ami, le très distingué publiciste et professeur de droit administratif actuellement receveur de la Caisse municipale, autrefois chef du service des aliénés du département de la Seine.

M. Baruk, interne titulaire, reçu le 61^e. Toutes nos félicitations à son père, notre excellent collègue le D^r Baruk, médecin-directeur de l'asile de Ste-Gemmes.

Parmi les provisoires, nous trouvons le nom de M. Du-cuing, fils de l'éminent avocat, membre du Conseil de l'ordre, membre de la Commission de surveillance des asiles.

CENTENAIRE DE LA THÈSE DE BAYLE (1822-1922)

On nous communique la lettre-circulaire suivante qui a été adressée à nos collègues de France et de l'étranger.

Paris, le 25 janvier 1922.

TRÈS HONORÉ CONFRÈRE,

Les trois Sociétés de Médecine mentale de Paris ont décidé d'organiser à Paris, au mois de mai 1922, une Réunion Psychiatrique destinée à commémorer le Centenaire de la Thèse dans laquelle BAYLE, en 1822, a pour la première fois isolé la Paralyse générale.

Un Comité d'organisation composé de :

- MM. PACTET, Président de la Société Médico-psychologique;
- KLIPPEL, Président de la Société de Psychiatrie ;
- TRUELLE, Président de la Société Clinique de Médecine mentale ;
- ARNAUD, Vice-Président de la Société Clinique de Médecine mentale ;
- TOULOUSE, Vice-Président de la Société Médico-psychologique ;
- H. COLIN, Secrétaire général de la Société Médico-psychologique et de la Société Clinique de Médecine mentale !

MM. LAIGNEL-LAVASTINE, Secrétaire général de la Société de Psychiatrie ;

CAPGRAS, Secrétaire annuel de la Société Médico-psychologique et de la Société Clinique de Médecine mentale ;

René CHARPENTIER, Secrétaire annuel de la Société Médico-psychologique ;

DELMAS, Secrétaire annuel de la Société de Psychiatrie ;

FILLASSIER, Secrétaire annuel de la Société Clinique de Médecine mentale ;

MIGNARD, Secrétaire annuel de la Société Clinique de Médecine mentale ;

DUPAIN, Trésorier de la Société Clinique de Médecine mentale ;

DUPOUY, Trésorier de la Société de Psychiatrie ;

MALLET, Trésorier de la Société Médico-psychologique,

a décidé de profiter de la présence à Paris des nombreux collègues qui viennent assister à la Séance solennelle de la Société Médico-psychologique et à l'Assemblée générale de l'Association mutuelle des Aliénistes de France, le lundi 29 mai, et de fixer aux 30 et 31 mai les deux journées consacrées à cette célébration.

Sous la présidence de M. TOULOUSE, Président en 1922 de la Société Médico-psychologique, deux journées seront consacrées à l'exposé de l'Histoire et des Conceptions actuelles de la Maladie de BAYLE.

La Réunion sera internationale et des neuro-psychiatres des pays alliés et amis seront invités à participer à ses travaux de même que des aliénistes et neurologistes français.

Les rapports suivants seront présentés pour servir de cadre à la discussion et aux diverses communications :

Première Journée : Historique

1^{re} SÉANCE (matin (9 h. 1/2) :

Discours du Président ;

Les Précurseurs de Bayle, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et VINCHON ;

Bayle et les Travaux de Charenton, par M. SEMELAIGNE.

2^e SÉANCE (après-midi 2 h. 1/2) :

La Paralyse générale après Bayle. — La dualité de la Paralyse générale. La Folie paralytique, la Démence paralytique. Les Travaux de la Salpêtrière, par M. ARNAUD.

**Deuxième Journée : Les Conceptions actuelles
de la Paralyse générale**

3^e SÉANCE (matin 9 h. 1/2) ;

Etiologie, par M. PACTET ;

Anatomie pathologique, par M. LHERMITTE ;

Etude Clinique et Médico-légale, par M. René CHARPENTIER.

4^e SÉANCE (après-midi, 2 h. 1/2) :

Traitement et Assistance, par M. TRUELLE.

Il sera accordé 20 minutes aux rapporteurs désignés pour l'exposé oral de leur rapport et 10 minutes à chacun des auteurs inscrits avant la séance pour une communication ayant trait à l'un des points qui sont l'objet du ou des rapports présentés à cette séance. Il sera accordé 5 minutes à chacun des membres qui désireront prendre part aux discussions.

Chaque auteur devra remettre au Secrétaire général, avant la fin de la Réunion, le texte résumé de sa communication ou de ses paroles, destiné à figurer dans le volume des Comptes rendus. Ce texte ne devra pas dépasser trois pages d'impression pour chaque communication et une page pour les discussions.

Lorsque les communications devront être accompagnées de présentations de pièces anatomiques, de coupes histologiques, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteur est prié d'en informer à l'avance le Secrétaire général.

Seules, les communications faites oralement par leurs auteurs pourront figurer dans le volume des Comptes rendus.

Les Membres adhérents recevront, avant l'ouverture de la Réunion, les six rapports et, ultérieurement, le Compte rendu des travaux. La cotisation a été fixée à 40 francs. Un banquet sera offert le mercredi soir 31 mai par les Aliénistes français à leurs Collègues des pays alliés ou amis qui viendront assister à la célébration du centenaire d'une découverte si féconde en résultats pour l'évolution de la neuro-psychiatrie.

Nous espérons, très honoré Confrère, que vous voudrez bien participer à cette Réunion.

Le Secrétaire général,

H. COLIN.

Le Secrétaire général adjoint,

René CHARPENTIER.

Les adhésions et les cotisations sont reçues par M. Raymond MALLET, Trésorier, 284, Boulevard St-Germain, Paris.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE
ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

DÉCRET ÉTABLISSANT LE NOUVEAU STATUT DES MÉDECINS
DES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS D'ALIÉNÉS

(Remplaçant le décret du 2 février 1910)

Le Président de la République française,

Vu la loi du 30 juin 1838 et l'ordonnance du 18 décembre 1839 ;

Vu le décret du 2 février 1910 et les décrets qui l'ont modifié ;

Vu l'avis du Comité des inspecteurs généraux des services administratifs ;

Sur la proposition du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales ;

Décète :

ARTICLE PREMIER. — Les médecins des établissements publics d'aliénés sont recrutés au moyen d'un concours annuel.

Nul ne pourra obtenir l'autorisation d'exercer les fonctions de médecin ou de directeur-médecin dans un asile privé faisant fonction d'asile public d'aliénés, s'il n'a subi avec succès les épreuves du concours précité.

Les docteurs en médecine français, en conformité des articles 17, 18 et 19 de l'ordonnance du 18 décembre 1839, pourront, sur avis favorable de la Commission prévue par l'article 18 du présent décret, être autorisés à diriger un établissement privé destiné au traitement des aliénés, ou y être agréés comme médecins, sans subir les épreuves du concours.

ART. 2. — La date du concours annuel est fixée par un arrêté ministériel publié au *Journal officiel* deux mois au moins à l'avance ; cet arrêté détermine le nombre des postes de médecins d'asiles publics mis au concours. Ce nombre pourra être augmenté, à raison de nouvelles vacances ou prévision de vacances, par un arrêté supplémentaire pris avant l'ouverture du concours.

Exceptionnellement, le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales peut décider, sur avis conforme de la Commission prévue à l'article 18, et par arrêté publié au *Journal officiel* le 31 décembre au plus tard, qu'il n'y a pas lieu d'instituer un concours pour l'année suivante.

ART. 3. — Les candidats doivent être Français, docteurs en médecine d'une Faculté de l'Etat, avoir satisfait aux obligations imposées par les lois sur le recrutement de l'armée

et avoir moins de trente-trois ans au 1^{er} janvier de l'année du concours. Cette limite d'âge est prolongée de la durée des services militaires pendant la guerre de 1914.

Ils doivent justifier d'un stage minimum de trois années comme interne dans un établissement public consacré au traitement des aliénés, ou dans la clinique des maladies mentales d'une Faculté de médecine, ou dans un asile privé faisant fonction d'asile public, où exerce un médecin du cadre des asiles publics.

Le stage sera réduit à deux ans pour les docteurs en médecine nommés au concours chefs de clinique des maladies mentales.

Pour être admis à participer au concours, ils adressent au ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales une demande accompagnée de leur acte de naissance, de leurs états de services, d'un exposé de leurs titres, d'un résumé succinct de leurs travaux, du dépôt de leurs publications, ainsi que des pièces établissant leur stage et l'accomplissement de leurs obligations militaires.

Quinze jours au moins avant l'ouverture du concours, le ministre arrête la liste des candidats admis à concourir et fait connaître à chaque postulant la suite donnée à sa demande ; cette liste est déposée à la direction de la Mutualité et de l'Assistance, où toute personne peut en prendre communication.

ART. 4. — Le jury du concours est nommé par le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales ; il comprend :

1° Un inspecteur général des services administratifs, président ;

2° Un professeur titulaire ou adjoint, agrégé ou chargé de cours en exercice, spécialisé pour la médecine mentale, représentant la Faculté que le sort aura désigné parmi les Facultés de médecine où l'enseignement de la psychiatrie est organisé ;

3° Cinq médecins des asiles publics d'aliénés.

Il est en outre nommé deux jurés suppléants.

ART. 5. — Le professeur titulaire ou adjoint, agrégé ou chargé de cours en exercice, est choisi par la Faculté appelée à être représentée dans le jury.

La Faculté qui aura été représentée dans le jury d'un concours sera exclue pour les trois concours suivants.

ART. 6. — Le ministre désigne les cinq médecins appelés à remplir les fonctions de juré titulaire et l'un des suppléants suivant l'ordre de tirage au sort d'une liste de douze noms pris sur l'ensemble des médecins des asiles publics de

France, de la Maison nationale de santé de Charenton, de Bicêtre et de la Salpêtrière, qui comptent au moins sept ans de fonction depuis leur nomination.

Les cinq premiers noms sortis de l'urne sont ceux des cinq jurés titulaires, le sixième, celui du juré suppléant; les sept autres noms tirés à la suite et classés suivant l'ordre du tirage au sort sont ceux des médecins appelés avant la constitution définitive du jury à remplacer les jurés titulaires ou suppléants, au cas d'empêchement de la part d'un ou de plusieurs d'entre eux.

Le second juré suppléant est désigné par le ministre, dans l'ordre du tirage, sur une liste de trois noms tirés au sort parmi ceux des médecins visés au paragraphe précédent, qui résident dans les départements de la Seine et de Seine-et-Oise.

Les noms des jurés suppléants et titulaires qui ont siégé dans un concours sont exclus des tirages au sort pour les trois concours suivants.

ART. 7. — Les tirages au sort prévus pour la constitution du jury ont lieu par les soins d'une Commission composée du directeur de la Mutualité et de l'Assistance, assisté d'un inspecteur général des services administratifs, ainsi que du plus ancien et du moins ancien des praticiens parmi lesquels doit être choisi le second juré suppléant.

ART. 8. — Le jury est constitué après la clôture du registre des inscriptions. Tout degré de parenté ou d'alliance entre un concurrent et l'un des membres du jury ou entre les membres du jury donne lieu à récusation d'office de la part de l'administration.

En cas d'empêchement, l'inspecteur général président est remplacé par un autre inspecteur général désigné par le ministre; les autres membres du jury sont, en cas d'empêchement, remplacés par les jurés suppléants et les épreuves continuent de plein droit avec les membres restants.

ART. 9. — Les épreuves ont lieu à Paris; elles sont toutes subies sous le contrôle de l'inspecteur général, président. Elles sont au nombre de sept dont cinq épreuves d'admissibilité et deux épreuves définitives. Les épreuves d'admissibilité comprennent :

1° Une question écrite portant sur l'anatomie et la physiologie du système nerveux. Il est accordé trois heures pour la rédaction. Le maximum des points à accorder est de trente.

2° Une question écrite sur la pathologie mentale pour laquelle il est accordé trois heures. Le maximum des points est de trente.

3° Une épreuve écrite de pathologie interne ou d'hygiène hospitalière pour laquelle il est accordé deux heures. Le maximum des points est de vingt.

4° Une question écrite portant sur l'organisation et le fonctionnement des établissements d'aliénés et sur la législation applicable aux aliénés, pour laquelle il est accordé deux heures. Le maximum des points est de vingt.

Les copies ne doivent porter ni nom ni signalement ; elles doivent être écrites lisiblement et revêtues d'une devise qui est reproduite sur une feuille de papier signée du candidat et mise par lui dans une enveloppe cachetée.

5° Une épreuve sur titres et travaux scientifiques. Le maximum des points est de quinze, dont cinq pour les titres et dix pour les travaux scientifiques.

Les candidats qui ont pris part à la guerre 1914-1918 sont admis à faire valoir leurs titres militaires qui seront cotés de un à dix, ce coefficient sera ajouté aux points obtenus à la première épreuve.

Le jury doit procéder à l'épreuve sur titres aussitôt après la correction des épreuves écrites, c'est-à-dire alors qu'elles sont encore sous l'anonymat.

Les épreuves définitives comprennent :

1° Une épreuve clinique orale qui porte sur un seul malade, aux points de vue suivants : diagnostic, pronostic, traitement, assistance. Il est accordé vingt minutes pour l'examen du malade, vingt minutes de réflexions et quinze minutes d'exposition.

2° Une épreuve clinique écrite qui porte sur un seul malade (diagnostic de l'état mental d'un sujet et détermination des conséquences qui en découlent au point de vue de la législation civile et criminelle). Il est accordé vingt minutes pour l'examen du malade et une heure pour la rédaction de la consultation.

Pour chacune de ces deux épreuves définitives, le maximum des points est de quarante.

ART. 10. — La police générale du concours est confiée au jury qui, notamment, détermine les règles à appliquer à la remise et à la lecture des copies, indique l'ordre des épreuves, désigne les services où seront subies les épreuves cliniques, fixe le choix des malades et prend toutes les dispositions utiles pour assurer la régularité et la sincérité du concours.

ART. 11. — Chaque candidat remet, au moment de son inscription, une déclaration écrite par laquelle il fait connaître s'il est ou non dans ses intentions, en cas de succès,

d'occuper avant la fin de l'année du concours, un poste de médecin dans un asile public.

ART. 12. — Nul n'est admis s'il n'a obtenu un nombre de points au moins égal au minimum fixé par le jury, ce minimum ne pouvant, en aucun cas, être inférieur à la moitié du total des maxima prévus à l'article 9.

Les candidats sont classés d'après le nombre de points obtenus, la liste dressée par le jury ne peut comprendre un nombre de candidats supérieur à celui prévu par l'arrêté fixant l'ouverture du concours.

Toutefois, si, parmi les candidats classés sur la liste, il s'en trouve ayant déclaré ne pas vouloir occuper de poste, le jury ajoute à la liste un nombre égal de candidats, en suivant l'ordre établi par le nombre de points obtenu.

ART. 13. — Aussitôt après la clôture des opérations du concours, le directeur de la Mutualité et de l'Assistance désigne aux candidats admis ceux des postes qui se trouvent vacants.

Lesdits candidats choisissent parmi ces postes, suivant leur rang de classement.

Tout candidat qui n'accepte pas de poste est mis en disponibilité et ne peut être nommé qu'après les candidats reçus au concours de l'année suivante.

Au cas où un candidat ayant accepté un poste ne l'occupe pas effectivement, ou bien si dans le cours de l'année il est mis en disponibilité sur sa demande, il ne peut être réintégré qu'après les candidats reçus au concours de l'année suivante.

Celui qui, le moment venu de sa réintégration, n'occupe effectivement aucun des postes à lui offert, est considéré comme renonçant aux avantages qu'il tient du concours.

Il est procédé à la nomination des médecins par arrêté ministériel et leurs services courent à partir de cette date.

ART. 14. — Les médecins des asiles nommés au concours remplissent, dans leurs services respectifs, les attributions confiées aux médecins en chef par la législation et les règlements applicables aux asiles d'aliénés.

Les classes et traitements des directeurs-médecins et des médecins chefs de service des asiles d'aliénés sont fixés ainsi qu'il suit :

1 ^{re} classe	16.000 fr.
2 ^e classe	15.000 »
3 ^e classe	14.000 »
4 ^e classe	13.000 »
5 ^e classe	12.000 »

6 ^e classe	10.200 »
7 ^e classe	9.400 »
8 ^e classe	8.600 »
9 ^e classe	7.800 »

A ces traitements s'ajoute la jouissance des allocations en nature déterminées par le règlement de chaque asile (logement, chauffage, éclairage, etc.).

ART. 15. — Les avancements de classes sont, sous réserve des dispositions de l'article 17, accordés par le ministre aux médecins, après deux ans d'ancienneté dans la classe inférieure pour les médecins des 9^e, 8^e, 7^e et 6^e classes, et après trois ans d'ancienneté pour les médecins des classes supérieures.

La période de trois ans exigée pour les médecins des cinq classes supérieures peut être réduite à deux ans par le ministre sur la proposition du directeur de la Mutualité et de l'Assistance et sur l'avis conforme de la Commission instituée à l'article 18, en raison de services et titres exceptionnels d'ordre médical, scientifique ou administratif.

ART. 16. — Les dispositions spéciales concernant le recrutement, l'avancement et les traitements des médecins des asiles de la Seine restent en vigueur.

ART. 17. — Les mesures disciplinaires applicables au personnel médical des asiles publics d'aliénés sont :

- 1° L'avertissement ;
- 2° La censure ;
- 3° L'ajournement pendant trois ans au plus d'une promotion à la classe supérieure ou au grade supérieur ;
- 4° Le déplacement ;
- 5° La rétrogradation de classe ou de grade ;
- 6° La mise en disponibilité d'office ;
- 7° La révocation.

Ces mesures sont appliquées par le ministre sur la proposition du directeur de la Mutualité et de l'Assistance, et, sauf pour l'avertissement ou la censure, après avis motivé de la Commission prévue à l'article suivant.

Dans tous les cas, l'intéressé doit être préalablement invité à prendre communication de son dossier conformément aux prescriptions de l'article 65 de la loi du 22 avril 1905, et à fournir ses justifications écrites.

En outre, le cas échéant, il peut demander à être entendu par la Commission dite des médecins d'asiles, fonctionnant comme commission de discipline et se faire assister alors d'un défenseur dont la désignation, à moins qu'il ne s'agisse d'un avocat, est soumise à l'agrément du président.

Les médecins mis d'office en disponibilité ne reçoivent pas

de traitement ; ils ne peuvent être réintégrés que sur l'avis conforme de la Commission prévue à l'article 18.

ART. 18. — Il est constitué auprès du ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales une Commission spéciale dite « Commission des médecins des asiles », composée des membres suivants :

Un conseiller d'Etat, nommé pour trois ans, par le ministre, président ;

Le directeur de la Mutualité et de l'Assistance ;

Un inspecteur général des services administratifs nommé pour trois ans par le ministre ;

Trois médecins des asiles en activité de service, élus pour trois ans par leurs collègues, directeurs-médecins et médecins chefs de service. Il est, en outre, nommé un suppléant.

C'est le médecin que le nombre des suffrages a classé le quatrième au cours de l'élection des trois membres titulaires.

Lorsque la Commission est saisie d'une affaire concernant un de ses membres élus ou un médecin de l'asile auquel l'un de ceux-ci est attaché, ledit membre est récusé de plein droit.

L'élection des représentants du personnel médical a lieu au scrutin de liste par correspondance. Nul n'est élu s'il n'a obtenu au premier tour de scrutin, la moitié plus un des suffrages des électeurs inscrits, ou, au deuxième tour, la moitié plus un des suffrages exprimés, au troisième tour l'élection a lieu à la majorité relative.

Le dépouillement du scrutin est opéré au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales par les soins de la Commission prévue à l'article 7.

Indépendamment des attributions qui lui sont ci-dessus conférées, la Commission instituée en vertu du présent article donnera son avis sur toutes les questions concernant le recrutement, l'avancement, la discipline et les traitements du personnel médical des asiles publics d'aliénés, ainsi que sur toutes les affaires qui lui seront renvoyées soit par le ministre, soit par le directeur de la Mutualité et de l'Assistance.

ART. 19. — Les vacances de poste de directeur-médecin ou de médecin chef de service sont annoncées par les soins de l'administration centrale, par voie d'insertion au *Journal officiel* ; un délai de quinze jours est accordé pour faire acte de candidature à partir de cette publication.

ART. 20. — Sont rapportés les décrets des 2 février 1910, 26 décembre 1913, 15 avril, 10 octobre et 24 décembre 1919.

ART. 21. — Les dispositions du présent décret, relatives au concours des médecins des asiles, entreront en vigueur à

partir du concours de 1923, le concours de 1922 devant, par mesure transitoire, être réglé par les dispositions du décret du 2 février 1910, 26 décembre 1913, des 15 avril et 24 décembre 1919 et du 29 juin 1920.

ART. 22. — Le ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales est chargé de l'exécution du présent décret.

Fait à Paris, le 3 janvier 1922.

A. MILLERAND.

Par le Président de la République :

*Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance
et de la Prévoyance sociales,*
G. LEREDU.

*Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de Prévoyance
sociales à Messieurs les Préfets*

DÉCRET DU 3 JANVIER 1922

Le décret du 3 janvier 1922 portant règlement des conditions du recrutement des médecins des asiles et abrogation du décret du 2 février 1910, modifie principalement la réglementation antérieure en ce qu'il supprime la distinction qu'elle avait établie entre les directeurs-médecins et les médecins en chef, d'une part, et les médecins-adjoints d'autre part. Désormais, les médecins des asiles seront tous chefs de service, dans les conditions spécifiées pour les médecins en chef par le règlement du 20 mars 1857 et les règlements ultérieurs, les services seront indépendants les uns des autres, et chaque médecin aura l'entière responsabilité de celui à la tête duquel il aura été placé, quelle que soit la classe du cadre à laquelle il appartienne.

Il conviendra donc tout d'abord de procéder à la répartition des services entre les médecins dans tous les Asiles dont le service médical est assuré par deux médecins au moins. Je vous prie de vouloir bien y inviter les médecins de l'Asile de votre département.

A cet égard, la plus grande latitude doit être laissée à ces praticiens, et il est bien entendu qu'une entente amiable entre eux sera toujours considérée par mon administration comme le meilleur moyen d'arriver à un bon résultat. Au cas où ils seraient embarrassés pour savoir sur quelles bases la répartition doit être effectuée, et où ils croiraient devoir vous demander des directives, vous pourriez leur conseiller d'attribuer à l'un d'entre eux le service des hommes, à l'autre le service des femmes, et, si l'Asile n'hospitalise que des malades d'un seul sexe, à l'un le pensionnat, à l'autre les indigents, etc... Il ne vous échappera pas qu'il ne peut être

donné à cet égard de règles précises, et je n'ai, en effet, l'intention que de vous donner de simples indications, en me référant à celles qui m'ont été fournies par le corps médical des asiles à la suite de ma circulaire du 20 juillet 1921. Toutefois, il serait bon que chaque service comprît une proportion aussi constante que possible d'aigus et de chroniques, de manière que tous les médecins soient également à même de faire des observations intéressantes et que les divers champs ouverts à leur activité scientifique et bien-faisante soient à peu près égale d'étendue et de même valeur. Mais, je le répète, ce sera aux médecins eux-mêmes à répartir le service entre eux au mieux de leurs convenances personnelles et de l'intérêt des malades, et l'administration préfectorale (ou s'il est nécessaire l'administration supérieure) n'aura en principe à intervenir qu'à titre exceptionnel, par exemple lorsqu'un médecin se croira lésé dans ses intérêts.

Cette question étant d'ordre purement médical, il me paraît préférable, pour prévenir tout froissement, de ne pas faire intervenir à ce propos le Directeur administratif, à moins, bien entendu, qu'en raison de circonstances locales particulières, elle ne se présente sous l'aspect d'une question touchant à la fois au service médical et à l'administration pure. J'aime à croire que, même dans ce cas, une entente entre les intéressés serait la solution la plus fréquente, mais s'il devait en être autrement, je vous prierais de résoudre la difficulté au mieux des intérêts en présence et de me rendre compte aussitôt des dispositions que vous auriez cru devoir prendre pour les concilier autant que possible. Je me réserverais alors le soin de décider en dernier ressort.

Je vous prie, en vous disant tout l'intérêt que j'attache à une mise en application aussi rapide que possible de la réglementation nouvelle, de vouloir bien m'accuser réception de la présente circulaire.

CONCOURS ANNUEL POUR LA NOMINATION AUX POSTES VACANTS DE MÉDECIN DES ASILES D'ALIÉNÉS

Un concours s'ouvrira à Paris, au ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, le lundi 20 mars 1922, tant pour l'admission aux emplois de médecins des asiles publics d'aliénés que pour l'aptitude aux fonctions de médecin d'asiles privés.

Le nombre de postes de médecin des asiles publics est fixé à huit.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 25.593

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Chronique

La pratique psychiatrique en Alsace

L'objet de cette chronique se limite nettement aux bornes fixées par le titre. Laissant tout parallèle entre les conceptions et les méthodes de la science psychiatrique en France et en Allemagne, il n'envisage que les applications de cette science. Il s'agit simplement d'exposer le fonctionnement du plus ancien des asiles alsaciens, afin d'en permettre la comparaison avec celui des asiles français. En d'autres termes, la question est la suivante : La technique selon laquelle les connaissances scientifiques d'ordre psychopathologique étaient utilisées socialement en Alsace pendant l'occupation allemande présente-t-elle quelques avantages sur la technique employée en France ?

L'application sociale de la psychiatrie, concernant d'une part les mesures prises à l'égard du ma-

lade, d'autre part les garanties de compétence exigées du personnel chargé de le soigner, on passera successivement en revue ces deux points pour aboutir à quelques conclusions que chaque lecteur pourra à son gré compléter ou rectifier, puisqu'il aura les documents sous les yeux (1).

I. Mesures à l'égard de l'aliéné

A. Internement. — La première de ces mesures est celle de l'internement, et l'on doit exposer successivement les formalités administratives ou judiciaires imposées à l'occasion de l'internement, le régime de discipline auquel est soumis le malade pendant sa durée, les mesures de protection dont il peut être l'objet.

I. FORMALITÉS. — Ainsi qu'il est expliqué dans d'autres articles, les autorités allemandes simplifièrent et complétèrent la loi française de 1838, qui était restée en vigueur pendant tout le temps de leur occupation. — Le *placement dit volontaire au sens de la loi*, c'est-à-dire demandé par un tiers, se faisait par la production d'une demande même orale, d'un certificat médical succinct et d'une pièce d'identité. Le préfet n'était pas averti. Le directeur de l'asile avertissait directement dans les 24 heures les deux procureurs. — Le *placement d'office* était

(1) Voir : COURBON. — Des garanties de la liberté individuelle dans le projet de réforme française et dans la réforme allemande de la loi de 1838 (*Informat. des aliénistes et neurologistes*, à paraître). — L'assistance psychiatrique en Alsace (*Informat. des aliénistes et neurologistes*, janvier 1920).

COURBON et SPITZ. — La situation civile des aliénés dans les lois françaises et allemandes (Congrès de Strasbourg, 1920).

COURBON et SPITZ. — Formalités d'internement dans les asiles d'Alsace et de Lorraine pendant l'occupation allemande (*Société clinique de Médecine mentale*, nov. 1919).

généralement ordonné par le maire directement. Et dans les 24 heures, le directeur prévenait le préfet et les deux procureurs. — Le *placement volontaire, au sens propre du mot*, était pratiqué. Le malade signait une demande écrite et payait son mois d'avance. Notification dans les 24 heures était faite aux deux procureurs.

Les *sorties des malades placés volontairement* se faisaient comme en France. Mais les *sorties des malades placés d'office* étaient effectuées par le médecin qui n'attendait pas l'arrivée de l'arrêté de sortie pour mettre en liberté le sujet qu'il jugeait assez rétabli. L'asile prévenait les deux procureurs. L'arrêté préfectoral arrivait après.

Les *sorties à titre d'essai* d'une durée d'un mois ou plus se pratiquaient couramment. A l'échéance du congé et après avis des familles, le médecin envoyait au préfet une demande d'arrêté de sortie sans revoir le malade.

Suppression des certificats d'entrée, de quinzaine et semestriel, ainsi que des notes mensuelles sur le registre de la loi. Celui-ci ne contenait qu'une feuille par malade, où le secrétaire inscrivait l'identité et le domicile du malade, de la personne ayant demandé le placement, du médecin ayant signé le certificat de placement ou l'arrêté préfectoral de placement en cas de placement d'office. — Le dossier contenait le certificat d'admission, les accusés de réception d'avis adressés aux procureurs, une feuille dite Nationale, indiquant les noms, âge, profession, religion, domicile du malade, de son conjoint, de ses père et mère, la date de l'envoi au préfet et aux procureurs des avis d'entrées et de sorties.

Un régime spécial pour les aliénés criminels ou

dangereux ou susceptibles de le devenir à cause de la violence de leurs réactions avait été organisé dans le quartier de force de l'asile de Hördt. Ils y entraient par ordre du préfet après un séjour de 6 semaines dans un asile ordinaire, et avec un certificat du médecin de cet asile. Leur sortie ne se faisait qu'après arrêté préfectoral. Et le préfet avertissait la police et le procureur du lieu de domicile du malade remis en liberté.

Enfin les *aliénés chroniques* étaient évacués sur l'asile de Hördt après entente avec le directeur de cet établissement. Ceux qui étaient encore valides y travaillaient à l'exploitation agricole. Car le quartier des criminels n'occupe qu'un pavillon.

II. DISCIPLINE DE L'ASILE. — La vie de l'aliéné à l'asile se distinguait par certains points de ce qu'elle est en France.

Tout d'abord *aucun passage uniforme de tous les entrants dans un pavillon omnibus d'observation*. Chaque arrivant était dirigé sur la salle de veille de l'un des quartiers contenant des malades ayant les mêmes réactions que lui. — Pendant l'internement, *octroi généreux de liberté* pour tous ceux qui sont susceptibles d'en bénéficier, soit à l'intérieur, soit en dehors de l'asile. Le parc situé à 3 minutes de distance dans une corne délicieusement ombragée et fleurie de la forêt de Brumath, offrait et offre encore avec sa romantique pièce d'eau et la traversée obligatoire de la route de Saverne, sillonnée d'autos et de la voie ferrée de Paris où passent plus de 100 trains par jour, un trajet apparemment des plus périlleux, mais en réalité des plus inoffensifs, car on n'a jamais enregistré d'accident. Promenades collectives sous surveillance, ou solitaires sans surveillance aucune à travers le bois, aux lieux de

pèlerinages environnants, comme celui de Marienthal, rendu fameux l'an dernier par la révolte de ses Carmélites, y étaient fréquemment accordées. La célébration des fêtes de l'empereur, de saint Vincent de Paul, de la supérieure des religieuses, de saint Nicolas, etc., étaient prétextes à réjouissances ou à sorties. Dans la belle saison, les pelouses environnant le lac donnaient lieu à de champêtres amusements, où les femmes, cédant à l'impulsion ethnique de la danse, formaient entre elles des couples de danseuses, tandis qu'un peu plus loin, les hommes exerçaient leur adresse au jeu plus viril des quilles.

Lors du carnaval, dans des temps assez reculés, m'a confié un membre de la commission de surveillance, le cortège soigneusement masqué des malades déroulait sa joyeuse théorie le long des routes sous l'œil émerveillé et nullement ironique des villageois d'alentour.

De toutes ces fêtes, la plus pittoresque pour l'étranger est celle de *la Noël*, que l'on célèbre encore selon les règles de la tradition germanique. Chaque quartier se frète pour le 24 décembre un plus ou moins grand sapin tout neigeux de farine, tout givré de fils d'argent, tout constellé de globes étincelants. La nuit venue, la sœur allume les multiples petites chandelles dont ses branches sont hérissées. Aussitôt, de tous les coins de la salle, et même du fond de leurs lits, on voit les malades accourir et se presser autour de l'arbre brasillant. Propos et gestes délirants s'arrêtent, comme si dans le miroitement des sphères multicolores qu'ils contemplent tous avec extase, chacun avait recouvré, sinon l'intelligence, du moins la sagesse de ses jeunes années. — Le chant tout imprégné de paganis-

me du « Beau sapin, roi des Forêts » (Oh ! Tannenbaum) est chanté en chœur. Puis on éteint les lumières, et avec leur disparition, chaque chanteur revient à son attitude première : les travailleurs regagnent leur tâche, les agités reprennent leurs ébats, les grabataires se hissent en flageolant sous leurs couvertures, et les gémissieurs recommencent la litanie de leurs plaintes. Tous les soirs jusqu'à l'Epiphanie, à la tombée de la nuit, la même cérémonie ramènera le même enchantement.

Une autre pratique, dont l'action sédative se révèle bien plus puissante, est la *cueillette du houblon*. La découverte en est le fait de la guerre. Pour suppléer au manque de main-d'œuvre, les paysans des environs traitèrent avec le directeur de l'asile pour obtenir l'autorisation de faire égrener leur récolte par les aliénés qui y consentiraient. L'enthousiasme de ceux-ci fut tel que l'usage a heureusement survécu. Chaque année donc, pendant deux ou trois semaines au déclin des beaux jours, une animation joyeuse et odorante palpite sous les ombrages jaunissants de notre vieil établissement. De lourds camions amènent incessamment d'immenses bottes de la plante onduleuse qu'ils déchargent dans les cours, et remportent de hautes corbeilles toutes débordantes de ses cônes écailleux et verts. Pendant cette période, de l'aurore au crépuscule, les salles sont désertes, toute la population ingambe ou même infirme s'occupant au dehors à arracher avec une religieuse application toutes les touffes de ces rameaux flexibles. L'amer et frais parfum du lupulin flotte partout, assainissant tout. Les excitations maniaques, pas plus que les dépressions mélancoliques, les indifférences démentielles pas plus que les incohérences confusionnelles ne résistent à

l'appel de ce travail sacré, auquel les plus exaltés délirants se livrent avec ferveur. Ce geste de l'égrènement du houblon (du Hopfenzopfen) est le premier de toute la série des manipulations tâtonnantes par quoi les ancêtres de l'Alsacien arrivèrent à fabriquer leur boisson nationale et à connaître l'alcool. C'est peut-être pour cela, c'est parce qu'il évoque le souvenir d'une époque où l'homme ne se surmenait et ne s'alcoolisait pas, qu'il possède le privilège de suspendre les effets de l'invalidité mentale chez ceux qui l'accomplissent encore aujourd'hui. La fin de la cueillette marque aussi le terme des tiédeurs estivales. Avec la dernière corbeille s'enfuit l'âcre et vivifiant arôme de l'antique cervoise. L'haleine humide du brouillard, timide messenger de l'hiver, lui succède. De tous ces travailleurs insoucians au plein air, la majeure partie réintègre frileusement le logis. Et la reprise des troubles mentaux qui les y guette ne semble avoir d'autre cause que l'inconsolable chagrin du départ de la belle saison.

Quoi qu'il en soit, la transformation soudaine de cet hôpital de fous en une paisible exploitation agricole sous la flamme de l'automne, qui éclaire le paysage de ses plus vives couleurs, est un des plus impressionnants spectacles qu'on puisse contempler. Trois fois il m'a été donné d'y assister. Et pas un seul jour je n'ai vu une seule de ces 500 femmes éprouver la tentation, pourtant bien impérieuse, de tresser dans sa chevelure ou d'agrafer sur ses vêtements quelques-unes des guirlandes pour lesquelles la liane gracieusement feuillue du houblon semble prédestinée. Tant il est vrai que la coquetterie est le moindre défaut de l'Alsacienne ! et que si Gambrinus eut des prêtresses, elles n'avaient rien des Bacchantes !

J'en aurai fini de signaler les particularités de la vie de l'aliéné alsacien à l'asile en indiquant que jamais opposition n'est faite aux autopsies, que chaque jeudi les prêtres des trois cultes, catholique, protestant, judaïque, viennent fraternellement ensemble de Brumath accomplir leur ministère parmi leurs ouailles internées, et que l'absence de tout local affecté comme parloir oblige les visiteurs à pénétrer à l'intérieur des quartiers de malades.

III. MESURES DE PROTECTION ET DIVORCE. — L'asile alsacien ne comporte pas le rouage de l'administrateur provisoire commun à tous les aliénés et pris parmi un membre de la commission de surveillance. Il n'existe pas non plus de conseil judiciaire.

Les deux mesures de protection instituées par le code allemand sont la curatelle, qui n'a pas d'équivalent en France, et l'interdiction. (Voir Congrès de Strasbourg, 1920).

L'*interdiction* est moins compliquée qu'en France. Elle est prononcée par un seul juge, après expertise médicale obligatoire, et comporte deux degrés : 1° interdiction pour maladie mentale (*Geisteskrankheit*), assimilant l'interdit à un mineur de moins de 7 ans, n'ayant aucune capacité civile ; 2° interdiction pour faiblesse mentale (*Geistesschwäche*), assimilant l'interdit à un mineur de plus de 7 ans, capable seulement d'agir avec l'autorisation de son tuteur, à moins qu'il ne s'agisse d'actes lui assurant un avantage sans restriction.

La *curatelle* a comme caractère de ne pas comporter obligatoirement l'expertise médicale. Aux aliénés qui ont conservé une assez grande lucidité pour comprendre la valeur de cette mesure, elle ne peut être appliquée qu'avec leur consentement, et

doit cesser dès qu'ils le demandent. Sinon, elle doit être remplacée par l'interdiction. A ceux qui n'ont pas cette lucidité, elle peut être imposée d'office. Comme on le voit, le curateur allemand n'a rien de comparable au curateur français, qui n'existe pas en Alsace.

Le *divorce* pour cause d'aliénation mentale existe à trois conditions : que la maladie ait duré au moins trois ans pendant le mariage, qu'elle ait atteint un degré tel que la communauté intellectuelle ait cessé d'exister entre les époux, et que toute espérance de rétablissement de cette communauté soit exclue.

La discussion de l'admission de la maladie mentale comme cause de divorce dépasse, à mon avis, la compétence du médecin. Elle est du ressort du législateur, du moraliste, du sociologue, mais non du physiologue, du biologiste ou du psychologue. Aucun argument puisé dans la science médicale ne peut, en effet, ni la combattre, ni l'étayer. Le scepticisme professé par M. Truelle à l'égard de la prétendue inhumanité de cette clause du code allemand, lors de la communication si intéressante par ailleurs de Brissot (1), me paraît tout à fait légitime. J'ajouterai pourtant cette seule remarque. L'aliénation mentale qui cause la rupture de la communauté intellectuelle n'est après tout qu'une maladie, il n'y a donc pas de raison pour qu'on refuse d'admettre une maladie organique quelconque, même sans aucun retentissement sur l'intelligence, comme matière à divorce. C'est d'ailleurs ce que proclame le projet du député Boussenot.

(1) BRISSOT. — Les tendances et l'esprit du code civil allemand en matière psychiatrique (*Annales Médico-Psychologiques*, oct. 1921).

II. Garanties de la compétence de l'aliéniste et de ses collaborateurs

A. LES MÉDECINS. — Le recrutement se faisait sans aucune espèce de concours, ni sur épreuves, ni sur titres, et sans aucune limite d'âge. Le candidat docteur en médecine allait se présenter au directeur de l'asile, qui, sans avoir demandé l'avis de personne ni motivé son jugement, l'acceptait ou non. S'il l'acceptait, il rendait compte de son choix au préfet, qui nommait le candidat Assistenzarzt de l'asile, fonctions à peu près équivalentes à celles de nos internes. L'assistentzarzt était logé, nourri et payé de 1.800 à 2.000 marks.

Après un stage de 3 ans, il passait automatiquement Abteilungsarzt ou médecin-adjoint. D'où, après un nouveau stage de trois ans, il était automatiquement promu Oberarzt ou médecin-chef. C'est en qualité de médecin-chef qu'on finissait sa carrière, sauf pour les rares privilégiés qui devenaient directeurs.

Toute la carrière pouvait s'écouler sur place. Mais on pouvait aussi briguer auprès du directeur d'un autre asile le poste devenu vacant dans cet asile. S'il vous acceptait, on arrivait, en gardant son grade, et sur sa demande, le préfet de la circonscription vous nommait officiellement à vos nouvelles fonctions. Pour quitter un asile, il fallait prévenir le directeur trois mois à l'avance.

Quant aux directeurs, ils étaient nommés en Alsace, non pas par le préfet, Bezirkspräsident, mais par le Statthalter, c'est-à-dire le lieutenant de l'Empereur, le Commissaire général d'aujourd'hui. Il les nommait à l'instigation du médecin inspecteur du pays, ou Medizinalreferent, qui faisait la propo-

sition de venir diriger l'établissement à ceux des médecins-chefs d'Allemagne qu'il jugeait le plus capables.

La retraite était assurée sans le prélèvement d'aucune retenue sur les traitements. Aucun âge n'était fixé pour elle. On restait indéfiniment en activité, si l'on se portait bien. Par contre, dès qu'on était malade, on pouvait se faire retraiter aux conditions suivantes :

Pendant les 10 premières années de service, on n'avait droit à la retraite que pour les maladies contractées dans le service. Elle était égale au $\frac{1}{3}$ du traitement, plus $\frac{1}{60}$ du traitement par année de service. — A partir de la 11^e année, le droit avait lieu aussi bien pour les maladies contractées en dehors que dans le service. Elle était jusqu'à la 20^e année égale au $\frac{1}{3}$ du traitement, plus $\frac{1}{60}$ par année d'âge, et à partir de la 20^e année, elle égalait le $\frac{1}{2}$ du traitement plus $\frac{1}{120}$ par année. — La veuve avait une retraite égale à $\frac{40}{100}$ du traitement du mari avec $\frac{1}{5}$ de sa pension de veuve par enfant de moins de 18 ans. Pour les orphelins, chaque enfant de moins de 18 ans touchait $\frac{1}{3}$ de la pension qu'avait eue sa mère.

Le traitement comportait, outre le logement et les avantages en nature, une solde de 3.200 m. minima pour les *Abteilungsärzte*. Le maximum de celle de l'*Oberrarzt* était de 6.000 m., et le maximum de celle du directeur 9.000 m. La retraite s'élevait, au bout de 30 ans de service, aux $\frac{2}{3}$ du traitement et aux $\frac{3}{4}$ au bout de 40 ans.

Le service médical de l'asile se faisait ponctuellement à heure fixe, le matin et l'après-midi. Le service des hommes et celui des femmes avaient chacun deux médecins : *Abteilungs* ou *Oberarzt*. La

distinction de ces termes correspondait à une différence de titre et non de fonction. Chacun des deux médecins d'un service avait ses quartiers séparés et faisait isolément sa visite, sauf deux fois par semaine, où ils la faisaient ensemble pour connaître tous les deux tout le service.

Quant au directeur toujours médecin, il n'allait qu'une fois par semaine dans chaque service faire la visite avec les deux médecins.

Tous les matins à 10 heures, à l'issue de la visite, tous les médecins venaient à la salle de conférence rendre compte au directeur, qui décidait des changements de malades d'un quartier à l'autre.

Les feuilles d'observation ne quittaient jamais la salle de conférence. Et ce n'est qu'après la visite que les médecins pouvaient les mettre au courant. — Dans les quartiers, aucun cahier de régime, de pharmacie ou de rapport. Les inscriptions étaient faites sur des feuilles volantes, qui naturellement se perdaient facilement.

Un jour sur deux, la contre-visite était faite par l'un des deux médecins du service, et les gardes étaient partagées entre tous les médecins, sauf le directeur.

Chaque année, une somme de 500 m., inscrite au budget spécialement à cet effet, était mise à tour de rôle à la disposition d'un médecin pour aller suivre un cours de perfectionnement à la clinique psychiatrique d'une université allemande. A son retour, pour justifier de son assiduité au cours, il devait remettre au préfet un compte rendu de ses études.

Le directeur et le plus ancien des médecins-chefs assistaient à la commission de surveillance, qui se terminait par un plantureux banquet.

Enfin un pharmacien recruté par le directeur

parmi les plus compétents techniciens de laboratoire exécutait lui-même toutes les analyses demandées par les médecins.

B. LES INFIRMIERS. — Le personnel infirmier se recrute dans la population rurale des environs. Il se caractérise par son honnêteté et sa discipline, qui sont très grandes, beaucoup plus que par ses connaissances. Le nombre en était considérablement plus élevé que dans les asiles français. Et il faut qu'il en soit ainsi. Non seulement parce que c'est plus conforme aux exigences théoriques de la science psychiatrique, mais encore parce que le rendement du travailleur alsacien est dans l'unité de temps appréciablement inférieur à celui du Français d'outre-Vosges, le rythme de l'activité psychomotrice étant ralenti en Alsace, par rapport à ce qu'il est dans la plupart des autres provinces, constatation qui frappe immédiatement tout arrivant.

La confiance en ce personnel est si bien fondée que jamais ne fut dérobé aucun livre ni aucun instrument dans la bibliothèque, qui s'ouvre avec la clef du quartier du service des hommes.

Toutes ces qualités appartiennent aux infirmiers et infirmières de tous les asiles d'Alsace. Les restrictions que mon ami Adam me reprocha d'avoir faites jadis à propos du personnel de Roufach, visaient des infirmières ramenant des malades d'Allemagne et converties aux doctrines révolutionnaires du pays d'où elles arrivaient (1).

Des religieuses de l'ordre des Filles de la Charité de Strasbourg, dont beaucoup sont allemandes et

(1) Voir : *Informat. des aliénistes et neurologistes*, 1920.

qui toutes font bien leur service ont la direction subalterne des services généraux.

Directeur, médecins, fonctionnaires de l'économet et de la recette, surveillants en chef avaient coutume de se réunir une fois par semaine pour se distraire collectivement devant des chopes de bière, en jouant aux quilles après le dîner.

III. Conclusions

Certaines conclusions à tirer des faits relatés plus haut ont été exposées ailleurs (1). On ne retiendra que celles-ci.

La simplification des formalités légales a les avantages suivants : Rapidité de l'application du traitement (arrêté d'internement pris directement par le maire en cas d'indigence, internement volontaire exécuté à la demande de l'intéressé capable d'en payer les frais). Rapidité de la sortie (décision du médecin prise à titre d'essai, ou à titre définitif, avant tout arrêté préfectoral). Plus grande facilité de l'application du traitement, puisque le médecin débarrassé des paperasses administratives, peut consacrer plus de temps à ses malades. Ces conditions sont autant à l'avantage de l'aliéné que de la collectivité. Les garanties de la liberté individuelle du premier sont assurées par le fait que le directeur envoie lui-même directement avis des entrées et des sorties aux deux procureurs, et par le contrôle possible de toutes les autorités énumérées dans la loi de 1838. Les deniers de la seconde sont sauvegardés par le fait que le directeur prévient le préfet de toute sortie même d'essai.

(1) *Locis citatis.*

La discipline de l'asile comporte elle aussi de bonnes mesures. Malgré l'apparence blasphématoire qu'aura pour certains lecteurs une telle affirmation, l'absence d'un pavillon d'observation n'est pas du tout préjudiciable à l'arrivant. Ce dont il a besoin, c'est d'une surveillance compétente. Et les bons résultats de celle-ci se feront d'autant mieux sentir, qu'ils ne seront pas contrecarrés par les excitations du voisinage. Le pavillon d'observation-omnibus est du plus bel effet sur l'ignorance du public. Mais en réalité, le confus que l'on alite à côté de déprimés chroniques dans une infirmerie est infiniment mieux à la place exigée par la thérapeutique, que près d'un agité maniaque encore sain et valide la veille, mais entrant le même jour que lui à l'asile. — La pratique fréquente des promenades et des sorties entretient le contact de l'aliéné avec la foule. Et l'absence de parloir, qui, au début de mon installation, m'avait fort scandalisé, a finalement plus d'heureuses que de mauvaises conséquences. De la sorte, les visiteurs, pénétrant à travers cours et quartiers, se rendent compte que le régime n'a rien d'extraordinaire, que les fous sont des êtres humains, que l'asile est un hôpital et non une geôle. Et c'est ainsi qu'en Alsace est morte la légende de la séquestration arbitraire, si toutefois elle a jamais existé. A noter, comme ayant joué un rôle important dans la ruine de ce néfaste préjugé, la situation de Stéphansfeld. Stéphansfeld est, en effet, la gare de la Forêt de Brumath, où toute la population strasbourgeoise vient les dimanches d'été chercher la fraîcheur et le grand air. A rencontrer constamment des aliénés sur les chemins, à converser avec eux, à les voir traverser routes et voies ferrées sans se faire plus écraser que les autres promeneurs, le public ne peut pas

donner libre cours aux imaginations extravagantes qu'il se fait dans les pays où les asiles sont des bastilles isolées au milieu des landes, suivant la conception que défendent encore certains aliénistes.

Pour ce qui concerne l'aliéniste lui-même, sa situation morale était à beaucoup de points de vue plus belle que celle qu'il a en France. C'est lui seul qui décidait du maintien ou de la sortie de ses malades. Il jouissait d'une confiance absolue. Il n'avait pas de contrôle, car les Inspecteurs généraux de France n'avaient pas leurs équivalents en Alsace. — Déchargé de beaucoup de formalités administratives, il disposait de tout son temps pour la science et ses malades. Enfin, sa situation matérielle, en ce qui concerne l'organisation généreuse de la retraite, était meilleure que celle qu'il possède dans beaucoup de départements.

De ce que le système étudié ici présente les avantages que l'on vient de voir, il ne s'ensuit pas que son adoption intégrale soit souhaitable. D'abord certaines mesures que l'expérience a révélées excellentes dans un milieu donné seraient déplorables ailleurs.

L'interdiction, et surtout la curatelle, sont d'excellentes mesures. Mais c'est un seul juge qui les applique. Et pour l'appréciation du degré de compréhension qu'a l'aliéné auquel il est question de nommer un curateur, le juge, ainsi revêtu d'une compétence psychiatrique, peut se passer de l'avis du médecin.

L'octroi de la liberté est fonction des mœurs et du tempérament plus ou moins discipliné, plus ou moins sexuel. Il est fonction aussi de la séquestration volontaire.

Ensuite, tout homme étant faillible, il n'est pas

désirable que l'aliéniste soit soustrait à tout contrôle, pourvu que le contrôle soit exercé par une autorité compétente, c'est-à-dire psychiatrique.

Enfin, si la situation morale du médecin d'asile allemand est apparemment plus belle, elle est en réalité bien inférieure à celle de l'aliéniste français, à cause de la subordination de tous les médecins d'un établissement devant leur directeur. C'est celui-ci qui à la conférence décidait des changements de quartier des malades, proposés parfois par des confrères plus anciens, plus savants ou plus expérimentés que lui. La règle imposée de ne jamais emporter la feuille d'observation des malades à la visite prouve quelle méconnaissance des nécessités de la clinique était alors compatible avec la nomination aux fonctions de directeur.

Le moment serait venu de discuter les deux modes de recrutement du personnel médical par le choix et par le concours. Ce serait tout à fait d'actualité après la chronique parue ici en février. Mais cette actualité serait trop brûlante et trop personnelle sous la plume qui trace ces lignes. Aussi la passerai-je sous silence, me contentant de déclarer qu'à en juger par le cas de mon éminent collègue Frankhauser, la sélection opérée selon le mode allemand donnait d'excellents résultats.

L'essentiel de la pratique psychiatrique en Alsace aura été énuméré avec ces dernières remarques. La coutume de la mise en observation à l'asile des prévenus qui sont l'objet d'une expertise, sous le prétexte de simplifier la besogne de l'expert, est dangereusement fallacieuse, car elle facilite la simulation. — La préoccupation du secret médical y était beaucoup moins grande que dans le reste de la France, ce qui s'explique, com-

me l'a signalé Brissot, par l'institution des caisses d'assurance. — La prophylaxie et le traitement de la délinquance juvénile étaient et sont encore facilités par la disposition d'un article du Code civil local (1) qui permet au juge de bailliage de placer en éducation correctionnelle, avant tout délit et sans provoquer la déchéance paternelle, tout enfant en danger de corruption et par l'inspection psychiatrique obligatoire de la colonie pénitentiaire de Haguenau.

Au total, la pratique psychiatrique alsacienne a pour mérite de mettre en évidence une vérité trop méconnue en France, c'est que la garantie de la bonne exécution d'une tâche sociale réside plus dans la valeur des hommes que dans le jeu des institutions. Puisse cette vérité inspirer nos législateurs dans leur réforme de la loi sur les aliénés !

Paul COURBON.

(1) Des effets de la guerre sur la délinquance juvénile en Alsace et en Lorraine (*Encéphale*, 1921).

CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA CONSCIENCE DE L'ETAT MORBIDE CHEZ LES PSYCHOPATHES

Par G. HALBERSTADT,

Médecin des Asiles

Dans son intéressant rapport présenté au Congrès de Luxembourg (août 1921), Logre a attiré l'attention sur l'importance que présente dans l'étude de l'état mental de l'aliéné l'appréciation du degré de son auto-critique : « La conscience de l'état morbide », dit le distingué auteur, « avec ses variétés, si nuancées, de forme et de degré, nous semble avoir, en médecine mentale, *une valeur séméiologique de premier ordre...* Test supérieur mesurant le retentissement éventuel de la psychose sur les fonctions mentales les plus élevées (coordination, critique, inhibition), ce symptôme privilégié permet de situer et, en quelque sorte, de *centrer* l'état morbide par rapport à *l'ensemble de la personnalité*. » On ne saurait mieux dire. Dans une série de chapitres, Logre étudie la « conscience du pathologique » dans les différents syndromes morbides et en montre les modalités cliniques.

J'ai eu l'occasion, en qualité de médecin-expert, d'étudier un cas dans lequel cette « conscience du pathologique » dont Logre a fait une étude si complète se présentait sous un aspect quelque peu insolite. C'est ce qui m'engage à le publier. L'observation qui va suivre est le rapport médico-légal à peine modifié que j'ai remis au juge d'instruction.

D., âgé de 33 ans, exerçant la profession de marin, est inculpé de menaces de mort sous condition. Réformé avec un taux de pension de 50 0/0, il exige 100 0/0 et menace de tuer les médecins du Centre de réforme de B. (il en veut surtout au médecin-chef de ce Centre, le Dr P.), au cas où satisfaction ne lui serait pas donnée. Le certificat délivré par l'autorité militaire est ainsi conçu : « Enseveli par éclatement d'obus, le 29 janvier 1915, en Argonne. Est atteint

de : 1° Troubles cérébraux commotionnels avec céphalée, vertiges, éblouissements, s'exagérant par le travail, exagération des réflexes ; 2° Dyspepsie hyperchlorhydrique, brûlure après les repas et existence possible d'un ulcère duodénal. » D. croit être atteint de tuberculose pulmonaire. Les recherches cliniques et bactériologiques ont abouti à un résultat négatif, mais ce fait ne l'a pas convaincu. Il dit ne plus pouvoir travailler et décrit avec complaisance des troubles dont certains présentent tous les caractères de l'hypocondrie, et dont d'autres relèvent manifestement de la commotion subie pendant la guerre. Il souffre du dos et des omoplates. Le cœur lui donne des secousses. Il a mal aux tempes et à la nuque. Sa vue « saute ». Ses oreilles bourdonnent. L'estomac fonctionne mal et il éprouve des « battements dans le ventre ». Il est « compressé », il tousse et ses « trois bronches » sont atteintes. En réalité, et abstraction faite de la maladie de l'estomac, D. ne souffre que de troubles nerveux post-commotionnels, d'ailleurs très accusés. A ceux décrits plus haut, il faut ajouter encore une certaine difficulté de l'élocution et un tremblement marqué des mains. Non seulement il ne reconnaît pas l'existence de ces troubles, mais au contraire il les dissimule en partie. Il est exaspéré par le diagnostic de troubles neuropsychiques, il proteste et affirme qu'il n'en présente aucun. Du reste, dit-il, et contrairement au certificat de réforme, il n'a jamais été commotionné. Dans cet état d'exaspération, D. a proféré à plusieurs reprises des menaces contre les médecins qui l'ont réformé et a écrit au sujet de ses revendications des lettres extrêmement longues, diffuses, et portant le cachet de l'aliénation la plus évidente. Dans une lettre adressée au D^r P., il écrit : « J'irai vous trouver moi-même et quelques-uns de vos confrères et ce sera le revolver qui parlera... Quelques balles de revolver dans la peau et mon couteau dans le ventre. On sait où vous trouver. Je vous ferai voir si je suis alcoolisé ou commotionné. » A la mairie de son lieu d'origine, il déclare à un employé : « Les médecins sont tous pareils. Ils se donnent la main. Je brûlerai une partie de la ville et j'en abattrai quelques-uns. » Au cours de l'examen, il nous dit de ce médecin : « Homme de science, il ne doit pas accabler par sa science un homme qui a fait son devoir de citoyen et de soldat et qui aujourd'hui ne lui réclame que son dû. Plein de force avant la guerre, je suis acculé aujourd'hui à la maladie la plus redoutable. » Il parle avec passion et n'écoute aucun raisonnement. « Ma tête ne revient pas aux médecins », — tel est son principal argument Et il ajoute cette phrase

textuelle : « On n'a pas trouvé de bacilles ? Il ne me reste qu'à l'ignorer. » Le certificat de réforme est interprété d'une façon manifestement délirante. Il doute que ce certificat soit bien le sien. Ses papiers ont sûrement été falsifiés, de sorte que finalement il obtient une pension pour une maladie qu'il n'a pas et n'en obtient pas pour la tuberculose pulmonaire dont il se déclare atteint. D'esprit borné, d'instruction rudimentaire, D. se croit au contraire fort intelligent, il critique l'opinion des médecins, interprète à sa manière les résultats de l'examen radiologique de ses poumons, tranche à tort et à travers les questions les plus délicates de diagnostic médical. Il se dit victime de la plus grande des injustices et se propose d'aller à Paris voir le Ministre en personne, afin d'obtenir gain de cause.

Comment faut-il comprendre ce cas ? D., quoiqu'il en dise, présente des troubles post-commotionnels certains. Leur existence est mentionnée dans le certificat et vérifiée par l'examen clinique. Les anciens commotionnés ont souvent de l'affaiblissement des facultés mentales, de la fatigue cérébrale, des troubles du caractère. D. est nettement diminué au point de vue psychique. Sur ce fonds mental — diminution des facultés chez un homme déjà originairement peu intelligent — s'est développé un « délire de revendication ». S'étant imaginé qu'il était tuberculeux à un degré très accusé, ne voulant entendre aucune observation, D. réclame « l'admission dans un sanatorium et 100 0/0 ». Ne recevant pas satisfaction, il écrit des lettres d'une violence extrême et qu'aucun homme de bon sens n'aurait signées. Nature violente et impulsive, il aurait fini par mettre ses menaces à exécution, car il est obsédé au plus haut degré par cette idée d'être la victime des médecins, idée qui domine tout son psychisme et inspire tous ses actes. Cet homme est en plein délire, rien ne peut le convaincre, toutes les punitions seraient vaines, il est totalement « inintimidable ».

Les conclusions du rapport médico-légal étaient les suivantes :

1° D. est irresponsable au sens de l'article 64 du Code Pénal.

2° Il est atteint d'aliénation mentale et peut être dangereux pour l'ordre public et la sécurité des personnes (diagnostic : délire de revendication chez un ancien commotionné, développé sur un fonds de dégénérescence mentale).

3° Il doit être interné dans un asile d'aliénés.

Un non-lieu intervint et D. fut effectivement interné à l'Asile de L.

Il s'agit, en résumé, d'un ancien commotionné de guerre, atteint d'un certain degré de débilité mentale, réformé n° 1 avec 50 0/0 et présentant des troubles psychiques non douteux liés à la commotion. Le sujet se sent malade, mais ne se rend pas compte que son affection est psychique. Il se croit atteint de tuberculose, réclame 100 0/0 au lieu de 50, échafaude un délire de revendication sur cette fausse interprétation de ses symptômes morbides et menace de mort les membres de son centre de réforme.

Essayons maintenant, à la lumière de quelques travaux parus sur cette question, de pénétrer plus avant dans le psychisme de notre malade et d'en dégager s'il se peut des conclusions d'ordre général.

C'est un fait bien connu de tout le monde que la conscience de la maladie doit être étudiée chez le psychopathe aux différentes périodes de l'évolution de la psychose. Elle n'est évidemment pas nécessairement la même au début de l'affection, pendant celle-ci et après la guérison en cas d'issue favorable. Mais ce qui est moins répandu, semble-t-il, c'est la notion exacte du symptôme en lui-même. Ce symptôme n'est pas uniforme, il y a conscience et conscience, et il est *a priori* évident que tous les aliénés qui s'analysent ne le font pas avec la même lucidité. Or là est le nœud de la question, car le tout n'est pas de savoir si tel malade se rend plus ou moins compte que son état n'est pas normal, mais encore, — et je dirai même : surtout — de connaître le degré et les manifestations précises de cette autocritique.

Le premier auteur qui ait consacré un travail d'ensemble à la question qui nous occupe semble avoir été Dagonet (1). On y trouvera une analyse assez serrée pour l'époque de l'état de la conscience dans les différentes formes de la folie, mais l'auteur s'occupe indifféremment de la conscience chez les aliénés en général et de la conscience que ceux-ci peuvent avoir de leur état pathologique. L'intérêt de ce dernier point ne lui a

(1) DAGONET. — Conscience et aliénation mentale. *Annales Médico-Psychologiques*, 1881, I, p. 368, et II, p. 19.

cependant pas échappé, et dans un passage de son travail il dit : « On observe aussi des aliénés aptes à juger sainement les troubles psychiques auxquels ils sont sujets. Ils apprécient justement les conditions psychiques anormales dans lesquelles ils se trouvent ; ils sentent que leur volonté est absolument déprimée, que toute force de résistance est anéantie chez eux, que les idées les plus absurdes et que les impulsions les plus dangereuses viennent les diminuer ; on voit en un mot persister chez eux la connaissance intime des accidents auxquels ils sont en butte » (1). Peu de temps après paraissait l'article de Pick, maintes fois cité depuis et qui contient une abondante bibliographie de la question (2). Parmi les travaux récents on doit signaler celui de Herzig (3). S'appuyant en partie sur les recherches d'autres auteurs, en partie sur les siennes propres, Herzig distingue trois catégories de faits. Cette distinction est peut-être un peu schématique, mais on doit reconnaître en revanche qu'elle est pratique et qu'elle présente une grande utilité en clinique.

Première catégorie. — Le sujet ressent dans son état une certaine modification, mais ne peut se rendre compte s'il s'agit d'une modification de l'état mental ou de l'état physique. Il se sent malade mais sans affirmer que c'est son état mental qui est en cause.

Deuxième catégorie. — Le sujet se rend compte que ses facultés mentales sont troublées, mais n'a pas une notion précise de ce trouble.

Troisième catégorie. — Dans cette catégorie se rangent les malades qui non seulement se rendent compte que leur état antérieur est modifié, mais qui reconnaissent encore qu'ils sont atteints de troubles psychiques et arrivent à analyser ceux-ci avec toute la précision voulue (certains phobiques par exemple).

Ces trois catégories répondent, on le voit, à trois degrés de l'auto-critique. L'état du fonds mental joue

(1) L. c., II, p. 29.

(2) PICK. — Ueber Krankheitsbewusstsein in psychischen krankheiten. *Archiv. f. Psychiatrie*, 1882, XIII, p. 518.

(3) HERZIG. — Ueber Kraukheitseinsicht. *Archiv. f. Psychiatrie*, 1919, LX, p. 180.

évidemment un rôle primordial, ainsi que le remarque Herzig. L'état de la mémoire est également de la plus haute importance.

Si nous examinons, en nous basant sur cette classification, le cas rapporté plus haut, nous voyons qu'il doit être rangé dans la première catégorie. D. se sentait diminué au point de vue de sa capacité de travail et moins bien portant qu'avant la guerre. Mais au lieu d'attribuer ces troubles à un état psychopathique postcommotionnel, il s'est cru atteint de tuberculose pulmonaire, ne pouvant admettre un seul instant, dans sa vanité de débile, que ses facultés intellectuelles puissent être diminuées. Telle a été la genèse de son délire de revendication dont les menaces de mort à l'égard des membres du conseil de réforme n'ont été que la conséquence.

Il résulte de ce qui précède que dans toute étude de la conscience de l'état morbide chez un aliéné, il faudra distinguer si le sujet analyse son état avec une certaine lucidité ou s'il s'agit simplement d'une sensation vague de malaise. On a dit : « La folie est une infortune qui s'ignore. » Tout aliéniste sait que nombreux sont les cas qui prouvent que le psychopathe peut se rendre compte de son état et en souffrir. Le plus ou moins de lucidité qu'il apporte dans cette auto-analyse a une valeur séméiologique de premier ordre. Kræpelin fait remarquer qu'il ne peut s'agir de guérison complète si le ci-devant malade n'a pas une conscience claire et précise de sa maladie passée, tandis que le contraire n'est pas toujours vrai. Une conscience parfaite des troubles mentaux peut exister, et pourtant il peut ne pas s'agir de guérison. Kræpelin évoque à ce sujet certains cas de folie dégénérative incurable (1).

Il est encore un point d'ordre général qui doit être indiqué. L'étude de la conscience qu'a l'aliéné de son état morbide est à rapprocher, comme le veut Herzig, de la reconnaissance de l'erreur qu'on peut étudier en psychologie normale. Il y a donc un grand intérêt à approfondir cette étude et à comparer, sous cet angle spécial, la vie psychologique normale (individuelle et collective) avec les données de la psychopathologie.

(1) KRAEPELIN. — *Psychiatrie*, 8^e éd., 1^{er} volume, 1909, p. 449.

LES RÉMISSIONS DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

(ÉTUDE CLINIQUE ET HUMORALE)

Par René TARGOWLA, Mlle BADONNEL et G. ROBIN (1)

Si l'étude clinique des rémissions et des formes lentes de la paralysie générale a été faite, leurs caractères humoraux sont moins connus. La lymphocytose est mentionnée dans quelques observations [Brissaud et Monod (2), Arnaud et Vallon (3), Gilbert Ballet (4), Charpentier et Barbé (5), Arnaud et Laignel-Lavastine (6), Capgras et Morel (7)] ; MM. Pactet et Bonhomme (8) pensent que, dans les guérisons, elle peut disparaître ainsi que l'hyperalbuminose, le B.-W. restant toujours positif. Mais le « syndrome humoral » complet n'a guère été étudié que par G.-M. Robertson (9),

(1) Communication faite à la Société Médico-Psychologique le 28 novembre 1921).

(2) BRISSAUD et R. MONOD. Paralysie générale à évolution anormale. Soc. de Neurol., 7 février 1901. *Rev. neurol.*, 1901, p. 282.

(3) ARNAUD et VALLON. Paralysie générale de très longue durée. Soc. de Psych., 16 juillet 1908. *Encéph.*, t. II, 1908, p. 239.

(4) GILBERT BALLEST. Les rémissions dans la paralysie générale. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1910, p. 567.

(5) RENÉ CHARPENTIER et A. BARBÉ. Trois cas de paralysie générale de longue durée. Soc. de Psych., 19 janv. 1911. *Encéph.*, t. I, 1911, p. 169.

(6) ARNAUD et LAIGNEL-LAVASTINE. Paralysie générale prolongée avec ictus et rémission, confirmée anatomiquement. Soc. de Psych., 19 juin 1913. *Encéph.*, t. II, 1913, p. 51.

(7) CAPGRAS et MOREL. Paralysie générale prolongée ou démence précoce ? *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, juillet 1913, p. 296.

(8) PACTET et BONHOMME. Art. Paralysie générale, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*. Psychiatrie, t. II, 1921, p. 291.

(9) GEORGE-M. ROBERTSON. General paralysis of the Insane. *The Journ. of ment. Sc.*, n° 245, avril 1913, p. 186.

Jakob (1), Haguenau (2) et l'un de nous (3) ; quelques faits de Duhot et Crampon, rapportés dans la thèse de leur élève Brégi (4), paraissent également rentrer dans ce cadre.

Il nous a paru qu'il pourrait y avoir intérêt à reprendre, à la lumière des acquisitions récentes, l'étude de ces modalités évolutives de la maladie de Bayle. Avec l'obligeante collaboration de notre collègue, Mlle Aronovitch, nous avons pu réunir, dans les divers services de l'asile de Villejuif, quinze cas, pour lesquels l'examen clinique et le résultat de la ponction lombaire ont permis de conclure à la paralysie générale. Nous avons essayé, en confrontant ces données, de préciser la valeur des classifications établies sur la seule clinique, et d'apporter de nouveaux éléments d'appréciation à un diagnostic dont la difficulté a été mainte fois soulignée (Arnaud, Trénel (5), etc.).

OBSERVATIONS

Obs. I. — S., syphilitique depuis quinze ans, entre à l'asile le 15 décembre 1920 : grosse dysarthrie, incoordination motrice, gâtisme ; pupilles inégales et déformées, mais réagissant à la lumière. Idées absurdes de grandeur ; affaiblissement considérable de la mémoire, de l'attention, du jugement ; désorientation complète ; inconscience de sa situation.

Il semble, à ce moment, qu'il s'agisse d'une forme grave, à

(1) JAKOB. *Zeitschr. f. die ges. Neurol. u. Psych.*, 10 mars 1920.

(2) J. HAGUENAU. Le syndrome humoral de la paralysie générale. Son application à l'étude des paralysies générales prolongées. *Thèse de Paris*, 1920.

(3) René TARGOWLA. Sur la réaction de précipitation du benjoin colloïdal avec le liquide céphalo-rachidien des paralytiques généraux. *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment*, n° 3, 21 mars 1921, p. 103. — Note sur la réaction du benjoin colloïdal dans la syphilis et l'hérédosyphilis nerveuses non évolutives. *C. R. des s. de la Soc. de Biol.*, t. LXXXV, n° 26, 16 juillet 1921, p. 336. — Le liquide céphalo-rachidien dans les formes évolutives de la paralysie générale. *Annales de médecine*, t. X, n° 4, octobre 1921, p. 275.

(4) Lucien BRÉGI. Etude sur la réaction du benjoin colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien. *Thèse de Lille*, 1921.

(5) M. TRÉNEL. Rémissions et mise en liberté des paralytiques généraux. *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, 21 avril 1911, p. 145.

marche rapide, car les premières manifestations remontaient à quelques semaines seulement.

Quoi qu'il en soit, au bout d'un mois environ, une amélioration notable se manifeste. L'embarras de la parole persiste, il reste de l'affaiblissement intellectuel et une certaine euphorie pathologique ; mais le malade ne délire plus, il a des souvenirs précis, s'oriente normalement dans le temps et dans l'espace. Bien qu'il n'ait pas une notion exacte de son état, il se rend compte qu'il est malade et réclame des soins.

Sur les instances réitérées de la famille, un traitement mercuriel est institué au cours même de cette rémission ; il reste sans action sur l'état clinique. Au bout de cinq mois, le malade est rendu à sa famille, au moment même où les premiers signes d'une rechute se manifestent. Il rentre à l'asile quinze jours après, euphorique, inconscient, mal orienté ; la mémoire, l'attention, le jugement sont en déficit. L'affection a repris une allure évolutive normale.

Sept ponctions lombaires ont été faites : en 1920, avant les accidents démentiels, avant le traitement, après la troisième et la seizième injections de benzoate de mercure, quelques jours après la trentième, deux mois et demi plus tard, au moment où S... est repris par les siens, enfin un mois après sa réintégration. (On notera la dissociation du syndrome humoral et des signes cliniques sous l'influence du traitement mercuriel.)

DATES	B.-W. Sang	B.-W. L. C. R.	Leuc.	A'b.	R. PANDY	R. GUILLAIN
11-VII-20	»	+	»	»	»	»
3-II-21	0 Σ	»	»	0,15	+	12210
8-II-21	20 Σ	4 Σ	27	0,20	+	22220
8-III-21	20 Σ	10 Σ	7,5	0,35	+	122202222210000
10-IV-21	0	part' +	19	0,36	+	222202222210000
28-VI-21	4 Σ	0 Σ	184	0,49	+	122212222210000
15-VIII-21	»	T ₀	27,6	0,35	+	222212222220000

La paralysie générale n'est pas douteuse, mais l'intensité de la méningo-vascularite a paru un moment atténuée ; il y a eu rémission avec rétrocession des signes cliniques. Le processus cependant n'était pas éteint, et il a repris quelque temps après une allure quasi-normale.

Obs. II. — P... est placé en 1916 à l'asile de Blois, alors qu'il était mobilisé, puis réformé. Sorti, il est interné de

nouveau, le 6 février 1917, avec le diagnostic de paralysie générale accompagnée de « crises de fureur et de manie ». Dans le service, il présente des intervalles d'agitation violente qui l'amènent à la période cachectique, avec gâtisme et alitement continu. Le diagnostic est confirmé au cours de plusieurs examens successifs.

P... se rétablit néanmoins et on note, en avril 1919, une amélioration considérable au point de vue physique et mental. Les souvenirs sont revenus et il a même conscience des troubles qu'il a présentés, sinon de son état actuel : il les attribue au « cafard que lui causait cette sale guerre ». Les symptômes somatiques restent fixes (dysarthrie, abolition des réflexes photo-moteurs, anisocorie, absence des réflexes patellaires, etc.).

La persistance de la rémission est notée ensuite à différentes reprises. Actuellement le malade est apathique, indifférent, très docile. L'idéation est lente ; la mémoire paresseuse, mais, en insistant, on obtient qu'il précise des dates, antérieures et postérieures à son internement, bien que ses souvenirs concernant la période aiguë soient un peu flous. Les sentiments affectifs sont conservés mais affaiblis.

A cet affaiblissement psychique s'associe un syndrome somatique qui n'a pas varié depuis le début : facies inerte, légère dysarthrie, inégalité et rigidité pupillaires avec myosis gauche, instabilité des doigts et de la langue, signe de Westphal sans autre symptôme de tabes.

Syndrome humoral. — Le 26 mars 1919, la réaction de Wassermann est positive dans le sang. Quelques mois plus tard, on note :

$$\text{B.-W.} \left\{ \begin{array}{l} \text{Sang } 0 \ 0. \\ \text{L. C. R. } + + + +. \end{array} \right.$$

Lymphocytes : 13.

Albuminose : +.

En novembre 1920, une ponction lombaire faite par M. Haguenau, donne : B.-W. : 0. — Alb. : normale. — Leucocyt. : normale. — R. de Lange : 0. Nous avons fait trois examens :

DATES	B.-W. Sang	B.-W. L. C. R.	Leuco.	Alb.	R. PANDY	R. GUILLAIN
30-III-21	part' +	0	5,8	0,22	+	222002221000000
5-VII-21	1 Σ	0 Σ	4,9	0,28	+	222002222100000
4-XI-21	1 Σ	0,2 Σ	4	0,22	+	122002222100009

Obs. III. — F... est interné le 6 septembre 1916, avec le certificat suivant : « Paralyse générale progressive, apathie, indifférence et conscience très incomplète de sa situation ; hésitation de la parole, inégalité et paresse pupillaires, abolition des réflexes rotuliens. » (Signé : D^r Briand).

On note ensuite : affaiblissement global des facultés intellectuelles avec préoccupations hypocondriaques et troubles paréto-ataxiques. Puis, le diagnostic de la paralyse générale est confirmé à diverses reprises.

En juillet 1919, on constate l'absence des idées délirantes ; l'affaiblissement intellectuel a rétrogradé en partie, notamment les troubles de la mémoire. Par contre, la dysarthrie est un véritable bredouillement, l'écrit est sale et illisible. Les pupilles sont très dilatées et inégales ($G > D$), mais réagissent à la lumière. Les réflexes rotuliens sont faibles. L'état général est bon.

En décembre de la même année : état mental stationnaire ; pupilles dilatées, égales, réagissant faiblement ; dysarthrie accentuée.

Rien de notable au cours de 1920.

Actuellement, l'affaiblissement intellectuel ne s'est pas accentué ; le malade a une certaine conscience de son état antérieur. La dysarthrie est très marquée, la langue présente des mouvements de trombone, les doigts sont instables ; les pupilles sont déformées, en légère mydriase et un peu inégales ($D > G$) ; les réflexes lumineux directs et consensuels sont conservés ; le réflexe patellaire est normal à gauche, vif à droite.

(On remarquera les variations des signes pupillaires et des réflexes rotuliens.)

Syphilis avouée.

Au point de vue humoral, la réaction de Bordet-Wassermann s'est montrée positive dans le sang le 11 décembre 1916, le 6 mars et le 14 mai 1919.

En novembre 1920, le liquide céphalo-rachidien est examiné par M. Haguenau : W. : 0. — Lymph. : normale. — Alb. : normale. — R. de Lange : 0.

Nous avons fait quatre ponctions, la seconde après réactivation :

DATES	B.-W. Sérum	B.-W. L. C. R.	Leuc.	Alb.	R. PANDY	R. GUILLAIN
3-II-21	»	»	faible	normale	+	01110 (techn. réd.)
28-II-21	0	0	3	0,33	+	121002222100000
5-VII-21	2 Σ	0 Σ	8	0,35	+	021002222100000
2-XI-21	1 Σ	0,2 Σ	10,4	0,31	+	011002222210000

OBS. IV. — Col..., âgé de 34 ans, entre à l'asile de Ville-Evrard le 28 mai 1915 (1).

Pas d'antécédents syphilitiques connus. Sa femme n'a pas eu de grossesse.

Mobilisé en août 1914, après six semaines passées au front, il est évacué pour fatigue et anémie. Sa femme raconte qu'à cette époque son mari, ordinairement gai, était devenu triste ; « il pleurait en racontant ce qu'il avait vu sur le front ».

En février 1915, il a de violents maux de tête. Il est toujours triste, s'irrite parce que le major ne veut pas reconnaître qu'il est malade.

Le 22 mai, il semble avoir eu une crise épileptiforme. Quelques jours après, il est conduit au Val-de-Grâce et de là à Ville-Evrard avec le certificat suivant : « Paralytie générale avec idées hypocondriaques vagues, conscience très incomplète de son état ; hésitations de la parole. Inégalité pupillaire ».

A son entrée, on note un affaiblissement intellectuel considérable, de la désorientation, de l'inconscience de son état avec quelques vagues idées hypocondriaques. Il se rappelle la date de son départ au front et les noms des endroits où il s'est battu.

Rapidement il refuse de s'alimenter, s'amaigrit, présente un état d'impotence marquée, du gâtisme, un mutisme presque complet et de la résistance aux soins.

Au cours de cette période, il a, à deux reprises, une très courte rémission apparente au cours de laquelle il raconte son histoire.

Le 20 juin 1916 on note : affaiblissement intellectuel profond, désorientation, satisfaction niaise, gloutonnerie, gâtisme intermittent. Dysarthrie très marquée. Légère inégalité et paresse pupillaires ($D > G$). Faiblesse des membres inférieurs. En octobre : état spasmodique des membres inférieurs gênant la recherche des réflexes rotuliens, qui paraissent abolis.

Le 10 mars 1917, il est transféré à l'asile de Villejuif, où l'on constate les mêmes symptômes.

En octobre 1918, on relève dans l'observation l'indication d'une pyrexie de nature indéterminée.

Le 1^{er} septembre 1920, un certificat de situation signale

(1) Nous devons la première partie de cette observation à l'obligeance de M. le Dr Rogues de Fursac, qui a bien voulu nous communiquer les notes prises pendant le séjour du malade à Ville-Evrard. Qu'il veuille bien agréer nos remerciements.

que le malade « alité est trop faible pour être transféré » (D^r Pactet).

Actuellement son état s'est amélioré : il ne gâte plus, marche seul. L'examen mental est presque impossible ; il répond : « Paris..., Paris... » à toutes les questions qu'on lui pose.

De janvier à mars 1921, il a présenté du grincement des dents. Actuellement, il a des mouvements continus stéréotypés des doigts de type athétoïde et l'on constate encore quelques signes de négativisme (refus de tirer la langue, par exemple).

Il comprend les ordres simples, reconnaît sa femme et semble la voir avec plaisir. Il proteste lors d'une seconde ponction lombaire, se souvenant de la première.

Signes physiques : anisocorie, pupilles régulières, réagissant à la lumière et à l'accommodation.

Réflexes rotuliens faibles. Pas de signe de Babinski.

Hypoesthésie à la piqure.

Syndrome humoral :

26 septembre 1916 : L. C. R. hypertendu. — Leucocytes : 31,6. — Albumine : 2 gr.

Réaction de Bordet-Wassermann : +.

28 octobre 1921 : Leuc. : 78. — Alb. : 0,31. — R. de Pandy : +. — R. de Guillain : 122002222200000.

B.-W. {	Sang : T ₄ (échelle de Vernes).
	L. C. R. : T ₈ (échelle de Vernes) et 0,5 Σ (méthode
	des dilutions).

Obs. V. — B... Albert, âgé de 38 ans, est entré à l'asile de Villejuif le 18 juin 1917.

En août 1916, il avait été évacué du front pour « troubles cérébraux » et, après 2 mois d'hôpital et 2 mois de convalescence, était retourné aux armées. C'est au cours d'une permission de détente qu'il est examiné au Val-de-Grâce, à la demande de sa femme : le diagnostic de P. G. progressive est porté. On constate à cette époque de l'euphorie, des idées de satisfaction : « Comme coiffeur, dit-il, il n'y a pas plus malin que moi », une légère inégalité des pupilles qui présentent du myosis et réagissent paresseusement à la lumière, de l'exagération des réflexes rotuliens, de la dysarthrie.

Actuellement (novembre 1921), la mémoire des faits anciens est généralement conservée. Coiffeur depuis l'âge de 12 ans, il raconte avec exactitude les détails de son apprentissage. Il est marié depuis 1907. Il a deux enfants. Il sait la date de son entrée à l'asile, mais il croit que l'armistice

a été signé en 1919. Il cite Joffre, mais a oublié que Foch fut généralissime. Il se croit au mois de septembre. On lui fait remarquer qu'il neige. Il répond : « Il neige souvent en septembre. » Ses calculs sont inexacts ; il ne sait pas faire la plus facile division (bien qu'il ait le certificat d'études primaires).

Satisfait de lui, inconscient de sa situation, il ne fait pas de différence entre l'asile et l'hôpital. Il vit avec des camarades qui ont toute leur raison. Il a été interné parce que sa femme voulait le soustraire aux dangers du front.

La dysarthrie est caractérisée par de l'achoppement, la suppression de syllabes et parfois de mots entiers.

Les pupilles irrégulières, inégales ($G > D$), sont en myosis et insensibles à la lumière.

Les réflexes rotuliens sont abolis.

B... a présenté à diverses reprises, depuis 1919, des hémoptysies abondantes ; l'auscultation révèle des craquements aux sommets.

L'état de rémission actuel a été noté pour la première fois en décembre 1919.

Réactions humorales :

7 octobre 1921 : R. de Bordet-Wassermann : $T_6^{1/2}$ dans le sérum, T_8 dans le L. C. R. — Leucocytes : 1 par mmc. — Albumine : 0,22 p. 1000. — R. de Pandy : négative. — R. de Guillain : 111002221000000.

7 novembre 1921 : B.-W. du sang : T^0 ; du L. C. R. : T_8 . — Leuc. : 1,6. — Alb. : normale. — R. de Pandy : 0. — R. de Guillain : 001102222100000.

Obs. VI. — M... Adrien, né le 16 octobre 1874, est interné le 2 novembre 1915, avec le certificat suivant : « Paralyse générale. Démence. Collectionnisme. Actes extravagants. S'étant rendu chez sa belle-sœur, a mangé la pâtée du chien, puis est allé acheter une cible pour s'exercer au tir du canon. Dysarthrie. Troubles pupillaires. » (Signé : Dr Rogues de Fursac).

Il nie l'alcoolisme, mais avoue avoir eu la syphilis une dizaine d'années auparavant.

En avril 1915, sa femme est frappée par l'incohérence de ses lettres ; mais à ce moment on l'envoie au front, d'où il est évacué le 19 octobre. Elle le retrouve à Asnières, chez sa belle-sœur, brisant tout et menaçant de tirer sur les agents qui venaient l'arrêter.

A l'entrée, il est partiellement désorienté, imparfaitement conscient de son état, euphorique : « L'histoire du chien et

du canon, c'est de la blague », déclare-t-il, en riant. Il fait avec satisfaction le compte de son avoir, sans présenter cependant d'idée nette de grandeur et de richesse.

Il existe une dysarthrie peu marquée ; les pupilles sont inégales et réagissent faiblement. Les réflexes rotuliens sont exagérés.

En avril et mai 1917, il a une bronchite assez grave, puis un abcès. En novembre de la même année, on trouve la première mention d'un état de rémission ; en novembre 1919, un bulletin indique : « Le malade traverse actuellement une période de rémission, mais l'affaiblissement intellectuel et la faiblesse musculaire restent très marqués. Il ne pourrait vivre au dehors et serait incapable de travailler. »

L'état, ensuite, reste stationnaire. Le 7 juillet 1921, on le trouve bien orienté, mais incapable de faire les calculs les plus simples, apathique, d'idéation lente.

Actuellement, les souvenirs anciens sont bien conservés : il donne sur toute sa vie des détails exacts et précis. Il se souvient des faits qui ont motivé sa séquestration : s'il a cassé un carreau chez sa belle-sœur, c'est qu'il pleuvait et qu'il voulait entrer pour se mettre à l'abri. Il ne semble avoir aucune conscience de l'absurdité de ses actes et de la puérilité de son explication. Il résume mal une courte lecture : « Je ne me rappelle pas bien », dit-il ; il ne peut faire de calcul simple et s'en excuse : « J'ai beaucoup oublié. » Il est satisfait de son sort, indifférent ; il explique toutefois avec une certaine finesse que sa sœur ne met aucun empressement à le faire sortir de l'asile parce qu'elle devra lui rendre compte de la gestion d'un héritage et qu'elle n'est pas pressée de le faire. Il ne réclame d'ailleurs rien lui-même.

Au point de vue somatique, il présente quelques hésitations de la parole : « C'est qu'il a des dents très mauvaises et, en ce moment, mal à la gorge », achoppe aux mots d'épreuve, mais se reprend et prononce correctement. Ses pupilles sont irrégulières, inégales ($G > D$), insensibles à la lumière ; la pupille droite réagit faiblement à l'accommodation, la gauche reste inerte.

Les réflexes tendineux et cutanés sont normaux :

Deux ponctions lombaires :

7 juillet 1921 : Lymphocytes : 4. — Alb. : 0,40. — R. de Pandy : faible. — R. du benjoin : 011001222210000. — B.-W. : 0.

16 novembre 1921 : Lymph. : 5. — Alb. : 0,25. — R. de Pandy : faible. — R. de Guillain : 01100222100000. — B.-W. : T_8 (échelle de Vernes) ; 0,2 Σ (notation de Peyre).

OBS. VII. — Pr... Jeanne, âgée de 37 ans, blanchisseuse, entre à l'asile de Villejuif, le 24 février 1915.

Le certificat de placement porte : « Affaiblissement des facultés intellectuelles, surtout de la mémoire, embarras de la parole, tremblement de la langue et des mains » (D^r Séglas).

Elle a une conscience incomplète de son état : « On l'a amenée à Ste-Anne parce qu'elle avait des faiblesses dans les jambes et du tremblement, depuis le départ de son ami à la guerre. Elle a eu peur. »

Elle se plaint d'insomnie.

Pas d'enfant. Pas de fausse-couche.

Après quelques semaines passées à l'asile, elle se trouve guérie, se montre euphorique et présente un délire de grossesse.

Les pupilles sont sensibles à la lumière (un peu de paresse à gauche). Réflexes tendineux abolis.

Un état de rémission semble s'être installé au bout de quelques semaines et s'être maintenu pendant plusieurs années ; la malade travaillait activement. En 1919, elle fait un ictus à partir duquel elle cesse de travailler.

Actuellement, la malade ne se rend pas compte de sa situation : « C'est à cause de la guerre qu'elle est ici. Elle n'était pas malade. » Indifférente, elle demande cependant sa sortie lorsqu'on lui en parle : « Elle reprendra son métier de blanchisseuse ».

Elle indique correctement son âge et la date de sa naissance. Elle sait quand la guerre a commencé, se rappelle que son ami est parti le 2 août 1914. Elle se souvient de la date de son entrée à l'asile, mais ne peut indiquer la durée de son internement.

Elle se croit en septembre 1919.

La malade est illettrée. Elle fait de grosses erreurs de calcul, mais a gardé un souvenir très précis de ce qui touche à son métier (prix du blanchissage d'un faux col, etc.). Elle fait rapidement et automatiquement, aux questions qu'on lui pose, la première réponse qui lui vient à l'esprit et qu'elle corrige parfois lorsqu'on insiste, mais jamais spontanément. L'attention est difficile à saisir et surtout à retenir ; la malade ne réagit qu'aux questions courtes et simples.

Légère irritabilité de l'humeur sur un fond d'euphorie et de suggestibilité.

Elle ne s'occupe à rien, ramasse tout ce qu'elle trouve. Elle ne gâte pas et proteste lorsqu'on pose la question en sa présence à l'infirmière.

Les pupilles sont égales, paraissent un peu paresseuses.

La parole est presque incompréhensible ; pas d'aphasie : nomme correctement les objets, mais légère palilalie. Lorsqu'on attire son attention sur ses troubles de la parole, elle les reconnaît et les attribue à un mal de gorge.

On note de la trémulation des lèvres et de la langue, du mâchonnement, un tremblement vibratoire des doigts, de l'instabilité musculaire, de l'incoordination, de la dysbasie sans signe de Romberg, avec, peut-être, une légère latéropulsion droite. Hypertonie musculaire de tout le côté droit entraînant une pseudoscoliose à concavité homolatérale.

Réflexes tendineo-osseux du membre supérieur normaux, réflexe rotulien affaibli à droite, aboli à gauche ; réflexes achilléens abolis des deux côtés.

Le réflexe plantaire des deux côtés se fait tantôt en extension, tantôt ne se produit pas. Le signe d'Oppenheim est positif à gauche de façon inconstante.

Deuxième bruit clangoreux à l'aorte.

Bon état général.

Syndrome humoral : Leucocyt. : 20. — Alb. : 0,56. — R. de Pandy : +. — R. du benjoin : 22222222210000. — B.-W. (sang et L. C. R.) : T₀.

Obs. VIII. — Lo..., Clémence, née le 4 avril 1876, est internée le 6 avril 1915, avec le certificat suivant du P^r Dupré : « Etat d'excitation incohérente et désordonnée avec divagations extravagantes, idées délirantes polymorphes et inconsistantes de grandeur, de persécution, de possession, d'influence. Agitation coléreuse et agressive par intervalles, avec cris, injures, menaces et sévices contre sa belle-fille âgée de quinze ans, avec qui la malade vit seule depuis le départ de son mari, mobilisé. Anxiété, terreurs ; variations rapides de l'humeur. La malade prétend communiquer avec Napoléon et Marie-Louise au moyen d'un téléphone placé dans son ventre. Inertie des pupilles ; vivacité des réflexes rotuliens ; instabilité de la langue et des mains. — Appoint alcoolique. — Paralyse générale probable. »

A l'entrée, on note, en outre, du tremblement des lèvres et un peu d'hésitation de la parole. La malade est incapable d'exécuter les ordres les plus simples : « étendre la jambe, ouvrir la bouche, etc. » Elle parle seule ; ses propos sont déconsus.

Il existe des signes nets d'alcoolisme subaigu ; elle avoue d'ailleurs des excès de boisson.

Peu de notes ont été prises ensuite. Il semble cependant que Lo... ait traversé une période de rémission relative

ayant débuté à la fin de 1915 ou dans le premier semestre de 1916.

Actuellement, elle est désorientée, sa mémoire est très déficiente. Il est presque impossible de retenir son attention ; il faut répéter plusieurs fois une question pour obtenir une réponse, souvent mauvaise ou à côté. Elle parle continuellement, de façon incohérente et difficilement intelligible ; elle correspond toujours avec Napoléon et Marie-Louise au moyen du téléphone qu'elle a dans le ventre. Elle tient des propos mystiques. Son aspect est euphorique ; sa tenue peu soignée.

Collectionnisme. L'état général est bon, et elle s'occupe aux travaux du ménage malgré son affaiblissement intellectuel.

La langue et les mains tremblent ; le tremblement des mains s'exagère pendant l'écriture. Elle parle très vite avec des accrocs de temps à autre.

Les réflexes rotuliens sont forts ; le droit est nettement exagéré.

Les pupilles sont contractées et inégales ($D > G$) ; la gauche est, de plus, un peu irrégulière et réagit très faiblement à la lumière ; la droite est immobile.

On remarquera, chez cette malade, la persistance des hallucinations et des idées délirantes qui, malgré leur incohérence, n'ont pas varié. La dysarthrie est discrète ; l'aspect général est celui d'une démence vésanique.

Une seule ponction lombaire a été faite, le 8 novembre 1921 ; les signes humoraux sont ceux de la paralysie générale d'évolution normale :

Réaction de Wassermann : positive dans le sang et le L. C. R. — Alb. : 0 gr, 48 p. 1000. — Réaction de Pandy : positive. — Leucocytes : 36 par mmc. — Réaction de Guillaumin : 222222222210000.

Obs. IX. — A... Joachim, âgé de 42 ans, employé de banque, entré à l'asile de Villejuif le 3 novembre 1919.

Pas d'antécédents héréditaires notables. Rhumatisme articulaire aigu à 8 ans. Pneumonie à 20 ans. Pas d'infection syphilitique connue ; sa femme n'a pas fait de fausse-couche.

Mobilisé pendant toute la durée de la guerre, en 1915, il est enterré par un éclatement d'obus. En 1916, chargé comme lieutenant du génie, d'organiser et de diriger plusieurs scieries, il a un surmenage physique et intellectuel assez considérable. A la fin de 1917, le médecin du corps constate chez lui de la difficulté de la parole et un manque de suite dans les idées. Cependant A... continue son service jusqu'à la démobilisation.

Il reprend, au début de 1919, sa place à la Société Générale. Mais son travail lui est devenu difficile. L'embarras de la parole s'accroît. Son caractère est irritable ; il se livre à quelques actes irraisonnés et inconscients. Il semble qu'il a, à cette époque, un ictus, dont il parle à deux reprises, mais qui n'est pas mentionné par sa famille.

Il obtient sur sa demande un congé qu'il passe auprès de sa mère à Bordeaux et reçoit, du mois de mai au mois d'août, des injections de novarsénobenzol et de cyanure de mercure.

Son état, dit-on, s'améliore et la parole redevient presque normale. Mais le médecin de la Société Générale ne le considère pas comme capable de reprendre son service.

Au début de novembre, le malade est interné (placement volontaire) avec le diagnostic de paralysie générale. Il présente une certaine approbativité euphorique, a conscience de sa dysarthrie : « Il vient à l'asile pour recevoir des piqûres parce qu'il a une paralysie de la langue. » Il est bien orienté.

Les pupilles, inégales, réagissent faiblement à la lumière. Les réflexes tendineux sont exagérés.

Du 19 novembre au 26 décembre 1919, il reçoit six injections de 0 gr. 15 d'arsénobenzol.

Il n'a pas quitté l'asile depuis lors. Actuellement il est bien orienté et raconte lui-même très exactement son histoire. Mais il est inconscient de son affaiblissement psychique : « Heureusement, dit-il, que j'ai ma tête » ; il fait de grossières erreurs de calcul qu'il énonce avec assurance et se propose de prendre, lorsqu'il quittera l'asile, un emploi de comptable. Son attention est diminuée ; il résume mal et incomplètement une courte lecture ; cependant il parvient à faire quelques écritures au bureau de la Direction.

Il présente une légère hypertension artérielle (18 — 11 au Pachon) qui est pour lui une source de préoccupations constantes et exagérées. Mobilité de l'humeur ; sensiblerie.

La parole est traînante, hésitante. Il achoppe à certaines syllabes.

Les pupilles, égales et dilatées, réagissent à la lumière.

Tremblement fibrillaire de la langue. Réflexes tendineux très vifs ; réflexe plantaire normal.

Claquement du second bruit à l'aorte.

Très bon état général.

Signes humoraux :

Leuco. : 15. — Alb. : 0,40. — R. de Pandy : +. — R. Guillaumin : 122202222200000. — B.-W. : T₈ (dans le sang), T₈ et 0,2 Σ dans le L. C. R.

OBS. X. — D... Marie, née le 11 avril 1886, est internée le 21 février 1920 à la suite d'un ictus.

Son état s'améliore au bout de quelques semaines. En juin, on note l'existence d'embarras de la parole et d'un signe d'Argyll-Robertson avec anisocorie. Elle est partiellement désorientée dans le temps (se croit en septembre 1920).

Elle nie la syphilis.

Un nouvel examen montre, le 1^{er} juin 1921, qu'elle sait son âge, la date de sa naissance, de son mariage : « Elle est à l'asile depuis trois ans... Elle est venue en 87... » ; elle est désorientée : « on est en janvier... je ne sais plus... je suis perdue... ».

Elle a du tremblement des doigts et de la langue. Ses pupilles sont rigides, dilatées et inégales ($G > D$).

En juillet, un état de rémission partielle s'établit et s'accroît ; la malade s'oriente, a des souvenirs assez exacts, une demi-conscience de son état morbide antérieur et des causes de son internement, mais n'apprécie pas sa situation actuelle. Les réflexes patellaires paraissent abolis.

En septembre, ictus épileptiforme, à la suite duquel elle a de la fièvre, s'affaiblit, maigrit un peu, gâte par intervalles. Les troubles moteurs (dysarthrie, tremblement) se sont accentués ; les réflexes tendineux sont exagérés, et leur recherche provoque de la trépidation. Le réflexe plantaire se fait en flexion. Les pupilles, en mydriase, sont égales. Ses souvenirs sont moins précis ; elle n'a plus conscience de son état.

Six ponctions lombaires ont été faites :

DATES	B.-W. Sang	B.-W. L. C. R.	Leuc. par mmc.	Alb. p. 1000	R. ANDY	R. GUILLAIN
23-v-21	10 Σ	0 Σ	17,2	0,30	+	222202222000000
25-vi-21	»	0 Σ	7,3	0,32	+	222212222000000
25-vii-21	4 Σ	0 Σ	17	0,24	+	222200222200000
26-ix-21	»	1 Σ	42	0,30	+	222201222100000
23-x-21	»	0,2 Σ	12	0,26	+	22221222210000
28-xi-21	20 Σ	1 Σ	13	0,24	+	222102222100000

OBS. XI. — Da... Louis, né le 3 août 1882, est interné le 31 décembre 1916. A la suite d'un vol commis l'été précédent, il avait été soumis à l'expertise du D^r Vallon, qui conclut :

« 1^o Etat psychopathique caractérisé par une irritabilité remontant à plusieurs semaines, des excès alcooliques inu-

sités, de l'excitation intellectuelle avec euphorie, des pleurs spasmodiques, de l'inconscience de sa situation, de l'inégalité pupillaire, de l'affaiblissement des réflexes rotuliens (crainte d'un début de paralysie générale).

« 2° Ne saurait être considéré comme responsable des vols dont il est inculpé, vols qui, d'ailleurs, par certains détails, présentent un caractère absurde ; c'est ainsi qu'ayant volé du champagne, il en a offert deux bouteilles à son chef. »

Il n'eut toute maladie vénérienne, s'est marié à 25 ans, a deux enfants (7 ans et neuf mois) ; sa femme se porte bien, ses parents sont vivants et en bonne santé.

En 1917, il raconte qu'étant de garde la nuit et contrôlant des caisses, il avait trouvé des bouteilles de champagne ; il ne les avait pas volées comme on l'en accuse. Il nie en avoir offert à son chef.

Ses écrits sont ceux d'un paralytique général.

Les pupilles sont légèrement dilatées, insensibles à la lumière. Il a de l'hésitation de la parole.

En septembre 1919, on note de l'excitation par intervalles ; il est loquace, tient des propos sans suite, se montre euphorique et satisfait : « Il est très calé, il a son certificat d'études et des médailles de sauvetage... Il gagne beaucoup ; il connaît tous les métiers. »

Son état général est bon. Les symptômes physiques se sont peu modifiés.

En décembre, il est plus calme, s'occupe aux besognes du quartier, se tient propre. On constate de l'inégalité pupillaire au profit du côté droit.

Actuellement, il ne travaille plus, collectionne tout ce qu'il trouve. Il est malpropre, peu soigneux de sa personne, déchire ses effets, mais ne gâte pas.

Il ne présente pas un gros déficit intellectuel apparent ; il est bien orienté, mais ses souvenirs sont notablement plus imprécis qu'au cours des années précédentes ; il est indifférent à tout, sauf aux heures des repas.

Les symptômes physiques sont sensiblement stationnaires.

Deux ponctions lombaires ont été faites :

DATES	B.-W. Sang	B.-W. L. C. R.	Leuc. par mmc.	Alb. p. 1000	R. PANDY	R. GUILLAIN
9-IV-21	+	part' +	12	0,35	+	222101222210000
21-XI-21	100 Σ	40 Σ	16	0,28	+	222100222200000

OBS. XII. — L... Alphonsine, 36 ans, internée le 6 novembre 1920, présente un état démentiel simple, sensiblement stationnaire depuis cette époque, accompagné de dysarthrie.

Les réflexes patellaires et achilléens sont abolis ; le signe de Romberg est positif, la démarche légèrement ataxique. Il existe une hypoesthésie nette à la piqure.

Les pupilles sont inégales et réagissent à la lumière.

En résumé, association tabéto-paralytique avec symptômes frustes de tabes et paralysie générale faiblement évolutive.

Syndrome humoral :

DATES	B.-W. Sang	B.-W. L. C. R.	Leuc. par mmc.	Alb. p. 1000	R. PANDY	R. GUILLAIN
15-v-21	40 Σ	10 Σ	112	0,42	+	2222002222200000
19-vi-21	»	T ₀	65,2	0,52	+	2222122222200000
13-vii-21	»	20 Σ	56	0,42	+	2222122222200000
11-viii-21	T ₈	T ₀	47,6	0,40	++	2222122222100000
7-x-21	T ₆ 1/2	T ₀	52,8	0,44	+	2222122222100000
15-xi-21	T ₇ 1/2	T ₀	44	0,44	+	2222022222100000

OBS. XIII. — G... Annette, âgée de 38 ans, femme de ménage, entre à l'asile de Villejuif le 21 décembre 1914. Le certificat d'internement porte : « Paralysie générale avec conscience incomplète de sa situation. Déjà traitée. » (D^r Briand).

Antécédents : Plusieurs fausses-couches ; un enfant mort quinze jours avant son internement. — Traitée antérieurement au calomel.

Son mari a eu la syphilis.

A l'entrée, on note chez la malade, qui a déjà fait un séjour à l'asile de Maison-Blanche, de l'affaiblissement de la mémoire, des idées de satisfaction et de richesse. Au dehors, elle a fait des dépenses exagérées. A l'asile, où elle se trouve très heureuse, elle distribue ses vêtements aux malades. A d'autres moments, elle est irritable et dans des accès de colère frappe les personnes de son entourage.

Elle est bien orientée, calme et s'occupe par intervalles.

La parole est très embarrassée. Elle a du tremblement de la langue et des mains, de l'inégalité pupillaire avec signe d'Argyll-Robertson. Les réflexes rotuliens sont abolis.

Elle fait une grippe grave en novembre 1918. En 1919, elle s'affaiblit et reste confinée au lit pendant quelque temps.

Actuellement, la malade, inactive, inconsciente de son

état, désorientée, se présente avec un aspect euphorique, le visage épanoui, riant continuellement.

Elle est anarthrique ; on obtient d'elle quelques réponses par écrit, mais le plus souvent elle comprend mal les questions.

Il existe de l'instabilité de la langue ; mais elle ne présente pas de tremblement des mains, ni d'incoordination motrice ; le signe de Romberg est négatif.

Les pupilles sont normales, les réflexes tendineux-exagérés. Le réflexe plantaire se fait en extension à droite, à gauche en flexion.

L'état général est floride.

Modifications humorales :

20 septembre 1921 : Leuc. : 48. — Alb. : 0,56. — R. Pandey : +. — R. de Guillain : 222202222220000. — B.-W. : T₈.

8 novembre 1921 : Leuc. : 5,6. — Alb. : 0,52. — R. Pandey : +. — R. de Guillain : 122200222210000. — B.-W. : 1 Σ.

Obs. XIV. — Van E., Marie, lingère, entre une première fois à l'asile de Villejuif, le 24 décembre 1914, à l'âge de 34 ans.

A ce moment, elle « présente des signes de paralysie générale ; troubles de la mémoire, de la parole, léger degré de parésie oculaire, crises épileptiformes, exagération des réflexes tendineux. » (P. Marie).

D'après les dires de son mari, ces troubles ont débuté en avril 1914 et se sont accompagnés d'excès alcooliques. En octobre, il semble qu'elle ait eu un léger accident congestif.

A l'entrée, on note : conscience très incomplète de son état, désorientation dans le temps, indifférence. Les pupilles sont inégales, avec mydriase gauche ; le réflexe photomoteur est aboli à gauche, paresseux à droite.

Elle a, depuis deux mois, un tremblement continu du membre supérieur droit, s'exagérant pendant les mouvements et l'empêchant d'écrire lisiblement.

Le 17 novembre 1915, son mari la fait sortir de l'asile.

Elle rentre le 15 avril 1916, dans un état de confusion avec dépression. Elle tient des propos incohérents. L'embaras de la parole est très prononcé ; la langue tremble, les réflexes tendineux sont exagérés, les pupilles inégales et insensibles à la lumière.

Actuellement, la malade, inconsciente de son état, tient des propos absurdes et sans suite : « Elle a 29 ans, elle est née en 1980, elle est à Villejuif depuis 1992 ; elle n'a pas d'argent, mais une belle situation et beaucoup d'animaux ; elle est ici parce qu'elle a eu peur du feu et pense que la

personne qui l'interroge est agent de ville. » Elle fait de grossières erreurs de calcul ; elle sait cependant la date de sa naissance et est orientée dans l'espace.

La parole est presque incompréhensible. Il existe un léger tremblement de la langue et des doigts. Les pupilles sont inégales, déformées, rigides.

Réflexes patellaires vifs. Pas de signe de Babinski.

Signes humoraux :

DATES	B.-W.	Leuc.	Alb.	R. PANDY	R. GUILLAIN
20-ix-21	T ₀	33,2	0,80	+	122101222210000
15-xi-21	T ₆	14	0,48	+	012201222220000

ETUDE CLINIQUE

On peut, au point de vue clinique, diviser ces faits en deux groupes, que réunissent des cas intermédiaires :

1° Formes à évolution lente, mais continue et progressive ;

2° Rémissions avec rétrocession des symptômes.

I. — On admet que les formes à évolution lente s'observent particulièrement chez les malades atteints de tabes associé et chez les prédisposés vésaniques ; elles sont également fréquentes dans la paralysie générale juvénile. Des faits nombreux, certains très prolongés, ont été rapportés notamment par Douthett, par M. Vallon, par MM. Arnaud, Vallon et Laignel-Lavastine (1), René Charpentier et André Barbé (2), etc...

A ce groupe, nous rattacherons les observations IX, X, XI (tabo-P. G.), XII et XIII, bien que l'histoire de la maladie, dans les deux dernières, soit un peu imprécise. La plus caractéristique est l'observation X ; cinq ans et demie d'évolution ont amené le malade à la seconde période de la maladie de Bayle. Toutefois, un certain degré de brusquerie, d'irritabilité du caractère,

(1) ARNAUD et VALLON. *Loc. cit.* — VALLON et LAIGNEL-LAVASTINE. *Soc. de Psych.*, 19 juin 1913. *Encéph.*, t. II, 1913, p. 16.

(2) René CHARPENTIER et A. BARBÉ. *Loc. cit.*

la conservation relative de la mémoire et du jugement, le collectionnisme rapprochent ce syndrome des démences par lésion cérébrale organique. Cette ressemblance peut s'accroître encore (cf. Obs. XIII) et, à une période très avancée de l'évolution, c'est le diagnostic même, ainsi que l'a fait observer M. Arnaud (1), qu'il faut mettre en question ; la démence paralytique n'est plus, à ce stade, qu'une forme indifférenciée des démences organiques.

Dans l'ensemble de nos observations, le tableau clinique n'offre pas de particularité saillante ; ou bien il s'agit d'un syndrome paralytique banal, ou bien la symptomatologie est celle des rémissions. L'observation VIII présente, à ce titre, un grand intérêt ; elle semble réaliser une sorte de transition, l'évolution, lente d'emblée, ayant été interrompue par une légère amélioration transitoire comme dans le cas d'Arnaud et Laignel-Lavastine (2) et l'aspect clinique est celui des rémissions.

II. — Les rémissions que nous avons en vue ici sont caractérisées par la rétrocession des symptômes ; ce sont les intermissions de Gilbert Ballet (3). Le recul peut être plus ou moins accentué. Dans certains cas, il est difficile de mettre en évidence l'affaiblissement intellectuel (obs. VI) ; dans d'autres, au contraire, le malade conserve l'aspect d'un dément. Il n'y a là que des différences de degré dont la cause essentielle paraît résider dans le moment de l'évolution où s'est produite la rémission : toutes choses égales d'ailleurs, l'amélioration est d'autant plus marquée qu'elle est plus précoce.

C'est, du reste, à la première période que les rémissions semblent le plus fréquentes.

Malgré ces apparentes dissemblances, nos observa-

(1) Discussion de la communication de MM. Charpentier et Barbé (*loc. cit.*).

(2) ARNAUD et LAIGNEL-LAVASTINE. *Loc. cit.*

(3) GILBERT BALLET. Soc. de Psych., 18 juin 1908. *Encéph.*, 1908, t. II, p. 112.

tions ont entre elles un certain nombre de points communs. L'amnésie — élément important du diagnostic — s'atténue considérablement, jusqu'à disparaître parfois. Le paralytique en rémission raconte sa vie passée avec une remarquable précision ; il cite des dates, conte des anecdotes. On est frappé toutefois, et dans les cas les plus favorables, de la difficulté qu'il éprouve à faire un effort de mémoire ; il abandonne vite un détail qui le fuit, ne cherche pas ; il faut le stimuler, poser des questions, sinon il se tait, incapable d'évoquer spontanément même des souvenirs de faits personnels. La mémoire des faits récents, du moins dans les limites de son horizon, est normale. Souvent, le souvenir de la période aiguë est conservé, plus ou moins flou cependant. Le malade se rappelle les actes démentiels qui ont provoqué son internement et en donne une explication puérile ou absurde ; ils lui paraissent normaux, il les justifie. Il ne les apprécie pas (obs. VI). D'autres fois (obs. I, II, X), il va plus loin et se rend compte même qu'il a été malade. Il est intéressant de noter, à ce propos, l'opposition qui existe entre cette conscience des troubles antérieurs et l'inconscience de l'état actuel que l'un de nous a déjà signalée : incapable de faire un calcul très simple, Al... (obs. VIII), par exemple, compte bientôt quitter l'asile et reprendre un emploi de comptable. L'optimisme et l'euphorie injustifiés restent le fond de leur caractère, et fait même, comme dans le cas précédent, un contraste caractéristique avec des préoccupations hypocondriaques constantes. Plus souvent, d'ailleurs, que leur état mental, ces sujets connaissent leurs troubles physiques, en particulier la dysarthrie ; parfois même ils la corrigent (obs. VI). Ils l'expliquent facilement (mauvaises dents, mal de gorge, « ils ont eu la langue paralysée au début de leur maladie ») et ne s'en préoccupent pas.

Ces malades sont apathiques, indifférents à leur situation réelle. A l'asile, on les occupe dans la mesure de leurs capacités d'autrefois ; mais leur travail est médiocre et ils sont incapables d'initiative. De même, ils n'exécutent pas ou exécutent mal des opérations très simples, résument mal ou très partiellement une

courte lecture qu'ils viennent de faire ; tout effort intellectuel leur est impossible. Ce qui les caractérise ici, c'est l'affaiblissement des processus psychiques volontaires. Adaptés à une vie quotidienne bien réglée, automatique, ils font illusion. Mais placés devant une situation nouvelle, une simple difficulté dans leurs occupations courantes, ils ne peuvent y faire face : leur activité est restreinte et automatique, et telle encore elle est déficiente.

A ce syndrome mental, défini en somme par la disparition des gros signes démentiels, s'oppose la persistance des signes physiques, qui demeurent sensiblement au point où s'était arrêtée la progression de la maladie. La dysarthrie reste, en général, très marquée, s'accroît même parfois jusqu'à n'être plus qu'un bredouillement inintelligible ; plus rarement, elle s'atténue un peu, pouvant même être corrigée. Les signes oculaires sont fixés ; le plus souvent, les réflexes photomoteurs n'ont jamais disparu, il semble même que cette conservation de la réflectivité irienne constatée chez un paralytique général dont l'affection est déjà ancienne soit en faveur d'une rémission. Lorsqu'il existe de la mydriase, elle peut s'atténuer ; l'anisocorie peut changer de sens (obs. III). Quant à l'irrégularité pupillaire, elle semble irréductible.

L'état des réflexes tendineux se modifie souvent, soit que le réflexe patellaire disparaisse par adjonction d'un processus tabétique fruste, soit, au contraire, qu'il reparaît par rétrocession du pseudo-tabes qui avait déterminé le signe de Westphal. Dans l'ensemble, les symptômes médullaires sont plus variables que les signes proprement paralytiques.

Ce tableau clinique, déjà bien étudié par Hannard (1) et par M. Mignot (2), est à rapprocher des observations publiées par MM. Dautreberte et Marchand (3), Leroy

(1) HANNARD. A propos des transformations évolutives de la paralysie générale. *Echo médical du Nord*, 14 juillet 1912.

(2) ROGER MIGNOT. Les rémissions dans la paralysie générale. *La Clinique*, 13 juin 1913, p. 375.

(3) DOUTREBENTE et MARCHAND. Soc. méd.-psych., mai 1903. *Ann. méd.-psychol.*, 1903, p. 300.

et Vigouroux (1), Libert et Hamel (2), Trénel (3), Charpentier et Vieux (4), de celles de Tuczek, Thomas Clouston, etc...

Comme la paralysie générale à évolution lente, les formes rémittentes ont été fréquemment observées dans les associations tabéto-paralytiques ; MM. Rayneau et Marchand (5) ont également signalé ce type dans la P. G. juvénile. Dans l'ensemble, il n'existe pas de différence fondamentale entre les deux formes, reliées par une série de cas intermédiaires.

(A suivre).

(1) R. LEROY. *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, 15 juin 1908, p. 31.
— VIGOUROUX et LEROY. *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, 20 mars 1911, p. 136.

(2) LIBERT et HAMEL. *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, 20 mars 1911, p. 111.

(3) M. TRÉNEL. *Loc. cit.*

(4) René CHARPENTIER et N. VIEUX. Un cas de paralysie générale à évolution lente. Autopsie. *Soc. méd.-psychol.*, 26 mai 1913. *Ann. méd.-psycholog.*, t. I, juin 1913, p. 714.

(5) M. RAYNEAU et L. MARCHAND. *Bull. de la Soc. clin. de Méd. ment.*, 18 avril 1921.

SUR LE TRAITEMENT SPÉCIFIQUE DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE ⁽¹⁾

Par MM. QUERCY, E. ROGER et DIGUET

L'usage du néosalvarsan chez six paralytiques généraux et un candidat à la P. G., étudiés en série, nous a permis des constatations dont voici les plus nettes.

1° Retour fréquent et rapide de la lymphocytose à la normale.

2° Réapparition rapide de la lymphocytose après l'abandon du traitement.

3° Persistance habituelle des symptômes cliniques dans toute leur gravité.

Nous résumons nos observations dans l'ordre suivant :

— Trois cas de P. G. où le traitement a un instant ramené la lymphocytose à la normale sans modifier en rien les signes cliniques.

— Un cas de P. G. où la lymphocytose a seulement diminué.

— Un cas de P. G. où la lymphocytose est restée très élevée malgré une rémission totale des troubles psychiques.

— Un cas de méningite secondaire à allures de P. G. où la lymphocytose n'a disparu qu'un instant tandis que s'installait une rémission psychique totale qui dure depuis dix-huit mois.

— Un cas aberrant.

(1) Note communiquée à la séance de la Société médico-psychologique de mars 1921.

I. — Homme, 35 ans, P. G. diagnostiquée depuis un an. — Diminution légère de la mémoire, le malade reste apte à un travail intellectuel facile. Pas d'idées délirantes. Conscience médiocre de sa situation. — Pupilles immobiles; dysarthrie marquée; tremblement de la langue et des mains; diminution de la force localisée à gauche, sans modifications des réflexes.

— Liquide céphalo-rachidien avant le traitement: W+++ *Lymphocytose très abondante.*

— Traitement: 0,12 de cyanure intraveineux en douze jours, suivis de 7 gr. 20 de néosalvarsan intraveineux en injections trihebdomadaires de 0,30 (1).

— Aussitôt après le traitement, très légère amélioration mentale et physique, moins appréciée par nous que par l'entourage du malade.

— Liquide céphalorachidien aussitôt après le traitement: W+++ *Lymphocytose normale.*

— Un mois après le traitement: l'affection progresse lentement, accidentée par un petit ictus avec parésie droite et aphasie motrice transitoires.

— Liquide céphalorachidien un mois après le traitement: W+++ *Lymphocytose très abondante.*

— Trois mois plus tard, petit ictus, crises jacksoniennes gauches, mort en une semaine.

Ce cas aurait pu paraître favorable, vu la prépondérance unilatérale des troubles physiques et la limitation des troubles intellectuels; on voit les déceptions qu'il nous a apportées.

II. — Homme, 34 ans, P. G. diagnostiquée depuis un an et demi. Idées de grandeur absurdes, inconscience de sa situation, désorientation dans le temps, euphorie, démence avancée. Dysarthrie marquée, tremblement, réflexes vifs. Les pupilles régissent bien à la lumière.

— Liquide céphalo-rachidien avant le traitement: W+++ *Lymphocytose abondante.*

— Traitement: 0,12 de cyanure intraveineux en douze

(1) Nous avons appliqué ce mode de traitement, connaissant l'inefficacité habituelle des autres.

Nous remercions ici M. le P^r Bodin, de l'Ecole de Médecine de Rennes, d'avoir bien voulu procéder aux examens de laboratoire en acceptant de ne pas être mis au courant de l'état des malades.

jours, suivis de 3 gr. 60 de néo intraveineux en injections trihebdomadaires de 0,30.

— Aussitôt après le traitement : amélioration nulle mais *lymphocytose normale*.

— Un mois après le traitement : pas d'aggravation mais *lymphocytose abondante*.

III. — Homme, 35 ans, P. G. diagnostiquée il y a huit mois ; syndrome classique.

— L. C. R. avant le traitement : W+++ *Lymphocytose abondante*.

— Traitement : 0 gr. 12 de cyanure intraveineux en 12 jours suivis de 6 gr. de néo intraveineux en injections trihebdomadaires de 0,30.

— Pendant le traitement et après lui, aggravation rapide des troubles psychiques et physiques, station debout impossible, bredouillement inintelligible, euphorie persistante, aspect de P. G. à la période terminale.

— L. C. R. aussitôt après le traitement : W+++ *Lymphocytose normale*.

— Deux semaines plus tard, le malade, hilare et euphorique, s'éteint doucement et l'autopsie révèle une méningite chronique en pleine activité.

A la même époque et dans la même salle entraît et mourait un malade symétrique du précédent, à cette différence près qu'il n'avait subi aucun traitement.

IV. — Femme, 46 ans. P. G. diagnostiquée il y a quatre ans. Démence avancée, reliquat d'idées de grandeur absurdes et confuses. Satisfaction. Pupilles immobiles. Dysarthrie. Réflexes vifs.

— L. C. R. avant le traitement. W+++ *Lymphocytose très abondante*.

— Traitement : 0,12 de cyanure et 7 gr. 20 de néo.

— Aussitôt après le traitement : amélioration nulle ; L. C. R. : W+++ *Lymphocytose légèrement supérieure à la normale*.

— Un mois après le traitement : état inchangé, *Lymphocytose abondante*.

V. — Homme, 35 ans. P. G. diagnostiquée pour la première fois quelques semaines avant qu'on entreprenne de la traiter. Pupilles immobiles, léger tremblement, légère dysarthrie, réflexes vifs. Idées de grandeur absurdes, erreurs de calcul énormes, euphorie, bienveillance.

— L. C. R. avant le traitement : W+++ *Lymphocytose très abondante.*

— Traitement : 0,12 de cyanure et 7 gr. 20 de néosalvarsan.

L'état mental s'améliore dès les premières injections de cyanure. Orientation et auto-critique normales, calcul correct, persistance d'une idée de grandeur isolée et manifestement absurde.

— L. C. R. aussitôt après le traitement : W++ *Lymphocytose très abondante.*

Quelques jours après, le dernier reliquat délirant disparaît et le malade quitte l'asile, normal au point de vue mental. — Quatre mois plus tard : état général médiocre, facies de P. G., diminution marquée de la mémoire, conscience de son état.

Nous avons donc à opposer ici l'une à l'autre la persistance intégrale de la lymphocytose et une rémission psychique vraisemblablement indépendante du traitement.

VI. — Homme, 24 ans. Traité, quelques mois avant son entrée, pour roséole, se fait remarquer par un profond changement de caractère, des propos vaniteux, des achats et des libéralités exagérés, une excitations sexuelle anormale. Interné à la suite de vols absurdes alors qu'il était noté comme un excellent employé ayant plusieurs actes de probité à son actif. A l'entrée à l'asile, apparence de confusion mentale ; pupilles normales ; pas de signes physiques appréciables de méningite aiguë ou chronique.

— L. C. R. avant le traitement : W++ *Lymphocytose très abondante.*

— Premier traitement : injections hebdomadaires de néo, 0,15, 0,30, 0,45, 0,60.

Dès la première injection, état mental normal ; aussitôt après la quatrième, *lymphocytose normale.*

— Deuxième traitement, institué dans l'espoir de réduire le Wassermann : 0,12 de cyanure en douze jours, suivis de 6 gr. de néo intraveineux en vingt injections trihebdomadaires de 0,30.

— Aussitôt après le traitement : W++ *Lymphocytose normale.* L'état physique et psychique reste normal.

— Un mois après le traitement : L. C. R. hypertendu, W++ *Lymphocytose abondante.* Etat physique et psychique normal. Un an plus tard, le malade, qui a repris son

travail, nous écrit une lettre où n'apparaît rien de pathologique.

Nous avons à relever dans ce cas, d'une part, les modifications du caractère, les écarts et les délits de nature à faire penser à la P. G. ; d'autre part, la disparition rapide et transitoire de l'hyperlymphocytose sous l'influence du néo. Ramenée à la normale par 1 gr. 50 de néo, elle s'y est maintenue pendant toute la durée du traitement, mais est redevenue considérable aussitôt après sa cessation. Quel est l'avenir du malade, méningitique secondaire à physionomie clinique de P. G., dont 7 gr. de néo-intraveineux n'ont pu réduire le Wassermann et dont l'hyperlymphocytose n'a été maîtrisée qu'un instant. Il ne nous semble pas exagéré de le considérer comme un excellent candidat à la P. G.

Quant à la question de savoir si le traitement novarsenical opposé à une syphilis secondaire n'a pas favorisé le neurotropisme du tréponème, elle déborde les limites de notre note.

VII. — Homme, 42 ans. P. G. diagnostiquée treize mois avant son entrée. Démence très marquée ; désorientation complète, inconscience de sa situation, affirmations absurdes, idées confuses de grandeur. Argyll, dysarthrie, réflexes vifs. Deux crises jacksoniennes gauches récentes.

— L. C. R. : W+++ *Lymphocytose notable.*

— Premier traitement : 0,12 de cyanure intramusculaire en douze jours, suivis de 1 gr. 20 de néosalvarsan intramusculaire en injections trihebdomadaires de 0 gr. 30. Le traitement est suspendu pendant trois semaines en raison de l'apparition d'une légère *épilepsie continue* de la main gauche. La lymphocytose est alors *abondante*.

— Deuxième traitement : 3 gr. 90 de néo intramusculaire en treize injections trihebdomadaires de 0,30. La lymphocytose est encore nettement *supérieure à la normale*.

— Un mois après le traitement : état stationnaire, l'épilepsie « continue » persiste sans parésie ni exagération des réflexes. — L. C. R. : W+++ *Lymphocytose normale.*

— Un mois plus tard, altération transitoire de l'état général, quelques vomissements alimentaires (sujet boulimique), disparition de l'épilepsie continue. L. C. R. jaunâtre, nombreuses hématies, 16 *lymphocytes par mmc.*

Aggravation lente et progressive de la démence, rares crises jacksoniennes gauches, pas de syndrome d'hypertension, persistance des idées de grandeur. Le malade devient grabataire et s'éteint un an environ après notre tentative de traitement.

Comme dans la première observation, on observait des symptômes de lésions localisées, l'épilepsie continue par exemple, qui donnaient lieu à des espérances thérapeutiques. Ici encore la seule lymphocytose a cédé un instant.

CONCLUSIONS. — *Action du traitement sur les symptômes cliniques et l'évolution de la P. G.* Nulle, dans nos cas. On pourrait nous objecter, ou bien que deux de nos malades sont sortis guéris en apparence, ou bien qu'un troisième a succombé quinze jours après la cessation du traitement. Nous croyons qu'il suffit de lire les observations en question (III, V et VI) pour admettre que le traitement n'a pas plus la responsabilité de cette mort qu'il n'a l'honneur de ces rémissions.

Action du traitement sur la lymphocytose. Celle-ci peut disparaître rapidement et complètement pour reparaître quelques semaines au plus après la dernière injection. Sa disparition n'interdit ni la persistance des signes cliniques, généraux ou locaux, ni leur aggravation, ni même une mort rapide. Par contre, des rémissions parfaites et prolongées peuvent coïncider avec la réinstallation ou la persistance d'une lymphocytose considérable. Le retour de la formule lymphocytaire à la normale n'a donc eu, dans nos cas, aucune signification clinique.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 27 FÉVRIER 1922

Présidence de M. TOULOUSE, Président

Assistent à la séance : MM. Beaussart, Brousseau, Demay, Kahn, Livet, Minkowski, Rodiet, membres correspondants.

La correspondance manuscrite comprend des lettres de remerciements de MM. Conso et Raynier, élus membres titulaires, de MM. Brousseau et Pierre Kahn, élus membres correspondants, de M. Hædemakers, élu membre associé étranger.

Sur la proposition du Bureau et après assentiment de la Société, la Commission chargée d'examiner les candidatures à une place de membre titulaire, est composée de MM. Chaslin, Leroy, Séglas, Vallon et Antheaume, rapporteur.

Sur la demande de M. Briand, au nom du Comité du monument Magnan, la Société décide d'accorder au Comité une subvention dont le chiffre sera fixé par le Bureau.

Le Président a reçu de la Société de Neurologie une invitation à la III^e réunion neurologique internationale annuelle. La Société Médico-psychologique sera représenté à cette réunion par son bureau ; les membres qui désireraient y assister sont priés de s'inscrire et d'adresser leur demande au secrétaire général dans le courant du mois.

Suites éloignées de certains troubles mentaux post-encéphalitiques

Par le D^r Henri CLAUDE

L'encéphalite épidémique s'accompagne ou est suivie de troubles mentaux les plus divers, allant depuis les simples modifications de l'humeur, du caractère, de l'activité, jusqu'aux états confusionnels aigus, de même qu'elle peut créer chez les prédisposés ou tout au moins favoriser l'éclosion des psychoses les plus diverses. Je ne rappellerai pas ici toutes les publications qui ont paru sur ce sujet. J'envisagerai seulement la question de l'évolution de certains des troubles psychopathiques qui se sont présentés à mon observation avec le tableau clinique du syndrome hébéphrénocatatonique dans le premier ordre des faits ; le syndrome mélancolique dans le second.

Marcel Ch., 18 ans, employé de bureau. Entré à l'hôpital St-Antoine le 14 janvier 1920.

Antécédents collatéraux. — Fait partie d'une famille de cinq enfants. Pas d'hérédité nerveuse ou mentale chez le père et la mère, ou les ascendants. Mais un fils est mort à 21 ans, un an auparavant : pendant son service militaire il a été pris d'accidents délirants ; traité à Bégin, à Maison-Blanche, il est mort à Villejuif de tuberculose après avoir présenté des symptômes rapportés à la démence précoce, au dire des parents. Un autre frère de notre malade d'un an plus âgé, après avoir présenté en février 1919 un état d'excitation passagère, avec délire doux d'une durée de huit jours, qui fut attribué au surmenage intellectuel, revint à un état normal pendant le restant de l'année. En décembre 1919, il parut fatigué, anémié et le 25 décembre il fut atteint d'une crise d'excitation à caractère hypomaniaque avec fièvre, et l'agitation fut si prononcée qu'il fut conduit à Ste-Anne, puis à Bicêtre où il fut interné avec le diagnostic de démence précoce. Nous verrons plus loin qu'il en sortit guéri.

Antécédents personnels. — Notre malade était d'une bonne santé, et n'a pas fait de maladies graves. Intelligent, il a été à l'école jusqu'à 13 ans, il a une bonne instruction primaire.

Il s'acquittait bien de ses fonctions d'employé de bureau. Il n'a pas eu de surmenage intellectuel, mais a pu se fatiguer à des exercices sportifs.

Au début de décembre 1919, au moment où son frère commençait à être mal portant, il éprouve de la céphalée, des étourdissements, de la fatigue, des battements de cœur. Il dut cesser son travail.

Le 25 décembre, il eut des vomissements, du hoquet, de la somnolence, et une torpeur cérébrale d'où on le sortait difficilement. Cet état se prolongea quelques jours, la température resta élevée aux environs de 40°, enfin les phénomènes généraux s'atténuèrent, il put se lever et même sortir un peu. Mais dans la nuit du 5 janvier 1921 il fut repris de vomissements et eut des hallucinations visuelles. Le lendemain, il était pris de délire et d'agitation choréique : il fut amené à l'hôpital le 12 janvier. Nous constatons une agitation générale avec délire, des secousses myocloniques et des mouvements choréiques de la face et des membres, un léger degré de ptosis de la paupière droite, la pupille est plus large de ce côté, les réflexes pupillaires sont normaux. Pas de paralysies, pas de signe de Kernig, les réflexes tendineux sont vifs. Le pouls est régulier. La ponction lombaire donne une forte albuminose, avec légère lymphocytose. Pas de bacilles de Koch. L'agitation générale tombe assez vite, les mouvements choréiques persistent, et peu à peu s'installe un état de torpeur et d'hébétude avec somnolence. Cette torpeur progresse, ainsi que l'indifférence qui devient complète. Le malade conserve un mutisme absolu. On note de la catalepsie. Les secousses myocloniques persistent encore dans les muscles de la moitié droite de la face, et dans ceux de la main droite on note des mouvements rythmiques des doigts. Gâtisme.

À la fin de janvier, le *syndrome catatonique* est réalisé par l'indifférence, la torpeur, le mutisme, la résistance aux sollicitations de toutes sortes, la difficulté de l'alimentation, la catalepsie, la répétition stéréotypée de certaines phrases, par exemple : « Il n'y a pas moyen ; tout ou rien. » Le *syndrome encéphalitique* est encore révélé par la somnolence, les secousses myocloniques rythmiques. Le ptosis et l'inégalité pupillaire ont disparu. Une nouvelle ponction lombaire n'a plus donné que de rares lymphocytes, l'albumine a diminué, 0,60 centigr., mais le sucre est assez abondant. Le pouls reste encore entre 80 et 100. La fièvre est tombée.

Le malade a été traité dès le début par l'abcès de fixation, l'urotropine et des ponctions lombaires.

Dans le courant de février, la situation reste la même. Certains jours le malade paraît plus éveillé, et répond à quelques questions, d'autres fois l'état catatonique est au contraire plus marqué. Parfois le malade se lève, surtout la nuit, erre dans la salle, et prononce quelques paroles incohérentes.

C'est seulement vers le milieu de mars que l'amélioration se prononce nettement. Les attitudes cataleptiques ont disparu, ainsi que les phrases stéréotypées, l'indifférence est moindre, il s'intéresse à ce qui se passe autour de lui, il n'oppose plus de résistance quand on le veut faire asseoir, lever, manger. Le gâtisme a disparu.

Le malade peut quitter l'hôpital à la fin du mois.

Il est revu le 14 avril. Ses parents disent qu'il est toujours craintif, émotif, taciturne, puéril dans ses réflexions. Il ne s'occupe à rien. Il a peur la nuit, il manifeste alors quelques idées délirantes. A l'examen, il paraît plus éveillé qu'autrefois, répond bien aux questions. Il n'a gardé qu'un souvenir très vague des trois mois passés à l'hôpital.

En mai, l'état général est devenu tout à fait bon. L'activité est plus grande ; il s'occupe à quelques besognes dans le ménage, se montre affectueux. Mais il est moins gai qu'autrefois. On ne décèle aucun trouble du jugement ou du raisonnement. *On nous annonce que l'autre frère est sorti aussi de Bicêtre et paraît dans un état satisfaisant.* Les deux malades partent à la campagne où ils s'occupent à des travaux des champs.

En novembre 1920 ils nous sont amenés tous deux. Leur état général est excellent ; au point de vue psychique on ne décèle plus aucun trouble.

Je les ai revus en octobre 1921. Ils font tous deux leur service militaire et sont dans une excellente condition. Les nouvelles que j'ai fait prendre récemment sont toujours aussi bonnes.

Je ne m'attacherai qu'à discuter la nature de l'affection présentée par mon malade ; je n'ai fait mention de la maladie des deux autres frères qu'en raison de l'intérêt des faits, mais ne les ayant pas observés, je ne les commenterai pas.

Que mon malade ait été atteint d'encéphalite, au moment où nous observions une épidémie de cette affection, la chose n'est pas douteuse. Le début fébrile, le hoquet, les phénomènes choréiques, puis l'apparition

de secousses myocloniques et de mouvements rythmiques, enfin les résultats de la ponction lombaire, tous ces symptômes s'accordent pour confirmer le diagnostic. J'insiste sur ce point, car dans bien des cas rapportés de troubles psychopathiques d'origine encéphalitique, ce diagnostic m'a paru rester douteux. Ici il ne saurait être question de méningite tuberculeuse, ni d'un état confusionnel toxi-infectieux banal, ni d'une chorée aiguë avec troubles psychiques.

Quant à l'interprétation des troubles mentaux, je crois qu'on peut se rallier à l'étiquette de syndrome hébéphréno-catatonique, sans préjuger de sa signification nosologique. Le fait important, c'est qu'après la période d'accidents aigus de un mois de durée environ, notre malade a présenté pendant près de trois mois un état de torpéur intellectuelle, avec indifférence, stéréotypies, catalepsie, coupé d'ailleurs de manifestations délirantes ou de retour passager à une appréciation assez nette des circonstances extérieures, que mon observation résumée n'a pu mettre complètement en valeur, et donnant une allure discordante au tableau clinique. Pendant cette période, on aurait été en droit de porter un pronostic assez sombre. Or, ces prévisions ne se sont pas réalisées, ce jeune homme est complètement guéri. Il ne s'agissait donc que d'une psychose toxi-infectieuse ayant causé un syndrome confusionnel grave, ou ayant revêtu les allures d'un syndrome hébéphréno-catatonique. Je ne discute pas la question de doctrine. Le fait en lui-même rapproché des cas des deux autres frères, méritait d'être signalé. Il est intéressant parce qu'il montre ce qu'on peut attendre dans l'avenir de l'évolution de semblables affections, comme il permet de fixer rétrospectivement l'origine de certains états psychopathiques qui en imposeraient pour une démence précoce.

Dans sa communication du 17 juin 1920 à la Société de Psychiatrie, M. Logre avait déjà étudié les rapports du syndrome hébéphréno-catatonique *brusquement éclos* avec l'encéphalite léthargique. Les deux malades avaient guéri, mais M. Logre avait, à juste titre, posé la question de la guérison complète, définitive, ou d'une

rémission possible, de tels malades pouvant évoluer ultérieurement « vers une démence précoce post-infectieuse par persistance ou aggravation du syndrome psychique observé au cours de l'encéphalite léthargique ». — Il serait intéressant de savoir ce que sont devenus ces malades.

Dans l'observation de MM. Briand et Rouquier rapportée à la Société Médicale des Hôpitaux en juin 1920, le malade réalise un tableau clinique à allure surtout confusionnelle, avec agitation anxieuse, obsessions mélancoliques, tendance au négativisme, impulsions ; l'état demeurerait encore sérieux huit mois après le début de l'affection.

Le malade de MM. Eschbach et Motet (*Soc. médicale des Hôpitaux*, juillet 1920) qui présenta plutôt un syndrome de confusion mentale hallucinatoire, évolua vers la dépression mélancolique. Enfin, dans le cas rapporté par M. Rouquier en octobre 1920 à la Société Médico-psychologique, il s'agissait d'un syndrome parkinsonien post-encéphalitique avec dépression persistante, ce qui est d'une observation commune dans les nombreux faits de cet ordre déjà rapportés.

J'ai surtout voulu dans cette communication montrer l'évolution favorable contrôlée par une observation de deux ans d'un syndrome hébéphrénocatatonique post-encéphalitique.

En dehors du point de vue psychiatrique, cette observation présente encore un intérêt tiré du fait de la contagiosité possible de l'encéphalite qui s'est manifestée à peu près simultanément chez les deux frères, et si l'on se rappelle que le frère aîné avait succombé un an auparavant à une affection étiquetée démence précoce, on peut se demander s'il ne s'agissait pas de ces cas familiaux d'encéphalite épidémique, comme nous en connaissons des cas où la contagion a été nettement prouvée (cas de H. Claude et de Laulierie, de Lemierre, de Roger et Blanchard, de G. Stiefler) avec cette particularité que l'affection s'est manifestée dans cette même famille sous le masque clinique d'une hébéphrénie transitoire.

Dans la seconde catégorie de faits que je rapporterai maintenant le pronostic est au contraire des plus sombres. Il s'agit d'états mélancoliques parfois assez frustes qui se sont terminés à la suite d'un raptus anxieux par le suicide, plus ou moins longtemps après la terminaison apparente de l'encéphalite.

Obs. II. — L'un de ces cas concerne un homme de 32 ans, manœuvre, sans antécédents mentaux connus, dont j'ai déjà cité l'observation dans une communication à la Société de Psychiatrie. Atteint d'encéphalite indiscutable en février 1920 (fièvre, asthénie, céphalée, diplopie, somnolence), il se plaint dès le début de sensations étranges de picotements dans la langue. Bientôt apparaissent des idées de persécution, avec un certain degré d'agitation dans le décours de la maladie et sous l'influence de cette excitation, première tentative de suicide avec le rasoir le 21 avril. Quelque temps après, il entre dans mon service à l'hôpital St-Antoine. Pendant deux mois, il reste déprimé, triste, insomniaque, accusant toujours une sensation de gonflement de la langue, et présentant quelques secousses myocloniques dans la face. Le 4 juin survient un état d'excitation avec loquacité, accentuation des troubles cénestopathiques, la langue, le ventre sont le siège de sensations étranges, puis le calme paraît revenir, mais le malade est absorbé et présente des signes d'angine. Dans la nuit du 9 au 10 juin, il échappe à la surveillance et se pend dans les cabinets.

Obs. III. — Mag., 43 ans, fumiste. Pas d'antécédents nerveux ou mentaux signalés. Le 10 janvier 1920 dut interrompre son travail en raison d'une céphalée violente avec fièvre et des troubles de la vue. Soigné à Cochin, état léthargique pendant trois jours, puis somnolence durant 15 jours. Quitte l'hôpital en février. Conserve des troubles de la vue, diplopie, asthénie, modifications du caractère, irritabilité, inquiétude, insomnie. Tentatives infructueuses pour reprendre son travail.

Se présente à ma consultation de l'Hôpital St-Antoine le 29 décembre 1920 à cause de ses troubles oculaires et des idées de suicide. Les troubles oculaires consistent en une paralysie de la convergence, sans lésion du fond de l'œil. La ponction lombaire montre une lymphocytose légère, avec albumine 0,80, sucre 0,28. Léger syndrome parkinsonien, tristesse, inquiétude et accès d'irritation. Traitement calmant et tonique. Vient de temps en temps à la consultation. Suicide par pendaison le 12 février 1921.

OBS. IV. — B., 46 ans, restaurateur. Pas d'antécédents mentaux personnels ou héréditaires. Caractère gai, homme actif et entreprenant, réussissant bien dans ses affaires. En avril 1920, vient me consulter pour somnolence, diplopie, survenues après une période fébrile de 7 à 8 jours. L'asthénie est très prononcée ; pas d'albumine dans les urines. Réaction de Wassermann très faiblement positive dans le sang. Je le perds de vue pendant cinq mois ; sur les conseils d'autres médecins, fait un traitement spécifique (mercure, arséno-benzol). En octobre, je le retrouve dans un état d'asthénie encore plus accentué, insomnie, abattement, tristesse, troubles de l'équilibre, marche à peu près impossible. Traitement glandulaire, préparations phosphorées. Amélioration progressive, complétée après séjour à la campagne, au printemps. Peut reprendre ses occupations, mais il a des ennuis à l'occasion d'un procès, redevient triste, déprimé. Il gagne son procès et paraît revenu à son état normal. Fin juillet 1921, sans raison apparente, suicide par balle de revolver.

Ces trois observations sont banales dans leur expression clinique. Il s'agit d'états mélancoliques avec raptus anxieux et suicides, chez des sujets sans passé psychopathique dont la dépression ne s'accompagnait ni de troubles graves de l'activité ni d'idées délirantes assez accusées (sauf dans le premier cas) pour justifier l'internement, et qui, alors que les symptômes d'encéphalite étaient disparus ou atténués, ont eu des réactions des plus graves. En raison toutefois de l'asthénie, des troubles du sommeil, des modifications de la sensibilité, et dans un cas de troubles oculaires, relevés chez ces malades, comme dans bien d'autres cas où l'on signale la reprise fréquente de telle ou telle manifestation nerveuse, on devait penser que l'encéphalite avait laissé des séquelles ou avait subi une série de poussées évolutives ; cette notion explique bien des phénomènes à longue échéance. Il en est donc dans cette maladie de certains troubles mentaux comme de certains troubles nerveux, et le pronostic des états mélancoliques post-encéphalitiques paraît, d'après les faits que je viens de relater, devoir être considéré comme particulièrement grave.

DISCUSSION

M. BRIAND. — La communication de M. le Professeur Claude est des plus intéressantes à divers points de vue. Je crois que l'encéphalite léthargique intervient dans l'étiologie de la démence précoce beaucoup plus souvent qu'on ne le croit. Pour ma part, depuis que je m'attache à la rechercher soigneusement dans les antécédents de ces malades, je la trouve quelquefois. Mais elle est très difficile à dépister parce que certains signes très fugaces, une diplopie passagère, des myoclonies transitoires passent inaperçues, masqués qu'elles sont par les manifestations plus évidentes de l'agitation.

A propos de la mélancolie consécutive à l'encéphalite, je signalerai que j'ai eu l'occasion d'observer un mélancolique acromégalique dont la maladie s'est développée un an après une encéphalite épidémique.

M. ROUBINOWITCH. — J'ai actuellement dans mon service un garçon de 12 ans qui fut atteint d'encéphalite léthargique en janvier 1921 et qui présente actuellement des symptômes inquiétants. Très intelligent et d'esprit très vif autrefois, il est devenu lent et paresseux ; un effort intellectuel, la recherche d'un problème par exemple, provoque une sorte de crise narcoleptique qui dure un quart d'heure environ. Il y a donc chez lui une diminution des facultés psychiques qui le rendent impropre à tout travail intellectuel. Par contre, il a conservé toutes ses aptitudes aux travaux manuels.

M. Pierre KAHN. — J'ai écouté avec d'autant plus d'intérêt la communication de M. le P^r Claude, que j'ai eu l'occasion, depuis quelque temps, d'observer un certain nombre de cas d'encéphalite léthargique accompagnés ou suivis de troubles psychiques de nature diverse. J'ai pu présenter quatre de ces malades soit à la Société médicale des Hôpitaux, soit à la Société de Psychiatrie. De ces différents cas personnels, aussi bien que de ceux qui ont été rapportés par divers auteurs, il semble qu'on puisse diviser en trois catégories les syndromes psychiques qu'on rencontre à l'occasion de l'encéphalite épidémique.

1° Les syndromes toxi-infectieux, confusionnels ou non, semblables à ceux qu'on observe au décours de la grippe, de la fièvre typhoïde, des intoxications, etc.

Ils surviennent, en général, dans la phase aiguë de l'encéphalite, et précèdent ou suivent d'autres formes cliniques : choréiforme, myoclonique, léthargique, etc.

2° Les syndromes à forme démence précoce : Il semble qu'ils sont aussi variés dans leur symptomatologie que la démence précoce elle-même : il en est de catatono-hébéphréniques et de paranoïdes. Il en est même — comme ce fut le cas d'une de nos malades — qui réalisent le tableau d'une psychose hallucinatoire chronique.

Certains cas ont une évolution un peu spéciale. Une de nos malades fut pendant un laps de temps une catatonique avec stéréotypies, négativisme, opposition, puis évolua vers un syndrome de dépression à type mélancolique.

Chez une autre, il y avait dissonance entre l'attitude qu'elle avait pendant certains moments de la même journée, ou de la même heure pendant lesquels elle était délirante, anxieuse, persécutée, avec des hallucinations visuelles auditives et olfactives, une attitude quasi-maniaque avec un ton déclamatoire et des gestes de théâtre, et d'autres instants immédiats pendant lesquels sa voix et son attitude redevenaient normales, et où elle parlait et se conduisait comme si elle n'avait eu jamais aucun trouble psychique.

3° Enfin nous avons eu à observer deux cas d'idées obsédantes et de phobies au cours de syndromes parkinsoniens post-encéphalitiques : les malades se sentant maladroits de leurs mouvements n'osaient plus sortir en autobus ou faire des commissions de peur qu'on se moquât d'eux, et un véritable état obsédant s'était ainsi créé, bien que rien dans leurs antécédents pût faire songer chez eux à une constitution psychasthénique préexistante à leur encéphalite.

Mais il est encore un point de vue sur lequel, avec M. Briand, je crois qu'il serait utile d'insister.

Rien n'est moins connu que l'étiologie du syndrome démence précoce.

Or, nous voici en présence d'une entité pathologique dont on connaît le virus : l'encéphalite épidémique. Voici, d'autre part, des syndromes psychiques à forme démence précoce qui se rattachent directement à l'étiologie de l'encéphalite léthargique.

Il semble que de la constatation de ce fait se dégage un jour spécial qui éclaire quelque peu l'obscur question de la démence précoce.

D'abord quelques auteurs ont pu ainsi rétrospectivement — comme ce fut notre cas — rectifier des diagnostics de démence précoce pure, alors qu'il s'agissait d'encéphalite épidémique en évolution.

Ensuite il semble bien que d'autres facteurs infectieux ou toxiques puissent à leur tour réaliser le tableau clinique de la démence précoce. C'est le cas de la tuberculose. C'est le cas des infections puerpérales, de la fièvre typhoïde, et c'est peut-être le cas aussi sans doute d'agents étiologiques que nous ignorons et qui seraient responsables des démences précoces qui nous paraissent primitives. Aussi bien, ne peut-on s'abstenir de mettre en lumière le début souvent très rapide et qui peut passer inaperçu de ces démences précoces : début à allure de psychose toxi-infectieuse : céphalée, anxiété, onirisme, hallucinations terrifiantes, et quelques cas aussi où on a pu observer une certaine élévation de la température.

Pour résumer, il semble bien que le syndrome démence précoce soit dû à une encéphalite dont l'étiologie peut être diverse, et dont ce syndrome ne serait qu'une forme clinique évolutive due à la localisation spéciale des lésions. Et cela ne serait pas différent de ce qui se passe dans l'encéphalite épidémique dont la localisation diverse se traduit aussi bien par un syndrome purement psychique que par de la chorée, de la myoclonie, du hoquet ou une maladie de Parkinson.

M. BRIAND. — Il convient de remarquer que ces formes mentales de l'encéphalite léthargique surviennent surtout chez les héréditaires. J'ai présenté à la Société Clinique de Médecine mentale six enfants chez qui l'encéphalite léthargique a décelé des tares héréditaires

jusque-là latentes : normaux en apparence, auparavant, ils sont devenus ensuite méchants, menteurs, pervers.

M. J. ROGUES DE FURSAC. — J'ai observé un cas d'encéphalite où l'état mental rappelait l'hébéphrénocatatonie, au point que, sans l'apparition d'un signe neurologique caractéristique, une erreur n'eût vraisemblablement pas pu être évitée. Il s'agissait d'un jeune militaire qui m'avait été envoyé du Val-de-Grâce avec le diagnostic de « confusion mentale » et ce renseignement que l'apparition des troubles mentaux avait été précédée d'un état fébrile léger et de courte durée. C'était bien, en effet, une confusion mentale au sens syndromique du mot, mais une confusion mentale avec un cortège de symptômes (négativisme épisodique, périodes de mutisme et de pseudo-stupeur, accès de pleurs et de rire sans motifs, ne paraissant se rattacher à aucun délire ni à aucun trouble psycho-sensoriel, puérité, propos incohérents) qui évoquaient immédiatement l'idée d'un début d'hébéphrénocatatonie. Sans doute, le fait que les troubles psychiques avaient été précédés d'un état fébrile passager et l'analogie de ce cas avec ceux que M. Claude m'avaient montrés dans son service, me firent penser à la possibilité d'une encéphalite. Mais cette hypothèse vague ne devint une certitude que le jour où apparut une paralysie faciale droite très nette qui dura environ 24 heures. Le diagnostic d'encéphalite ne pouvait plus guère être douteux et le pronostic devenait infiniment moins grave. En effet, le malade guérit complètement.

Ce cas confirme ce que vient de dire M. Briand : supposons que ce malade ait été traité dans une famille observant mal et en dehors d'un contrôle médical quotidien, de telle sorte que la paralysie faciale ait passé inaperçue, on pouvait fort bien parler d'une hébéphrénocatatonie aiguë terminée par la guérison. L'on est en droit de se demander si les cas de cet ordre ne sont pas fréquents. Et l'on est en droit de se demander aussi si l'encéphalite qui détermine des états hébéphrénocatatoniques aigus et curables, n'est pas susceptible si l'encéphalite, qui détermine des états hébéphrénocatatoniques chroniques, n'est pas susceptible.

catatoniques chroniques et éventuellement incurables. Je pense, avec M. Kahn, que des cas semblables éclaireraient singulièrement l'étiologie encore si obscure de la démence précoce.

M. CLAUDE. — Il est incontestable qu'il faut avoir l'attention attirée sur l'encéphalite léthargique pour la rechercher à l'origine des troubles mentaux les plus divers. Dans nombre de cas, on peut se demander si l'enquête est suffisante, d'autant plus qu'elle doit porter sur une période antérieure de douze ou dix-huit mois. C'est ainsi, d'ailleurs, qu'au début de certains syndromes parkinsoniens on finit par trouver un état fébrile qualifié grippe.

M. TOULOUSE. — Je remercie M. le Professeur Claude d'avoir bien voulu nous apporter ces intéressantes observations. Nous manquons en psychiatrie de bases organiques, leur découverte amènerait un progrès considérable. Ne soyons pas étonnés de voir une même maladie, l'encéphalite, déterminer des formes psychopathiques diverses : cela prouve que la manifestation de la maladie est bien moins importante que la cause. A un autre point de vue, je me demande si le mot « séquelle » qu'on emploie si souvent est bien exact et n'exprime pas plutôt une activité morbide encore en éveil. Il serait utile de rechercher s'il n'y a pas une relation entre ces troubles mentaux secondaires et certains signes somatiques persistants.

M. CLAUDE. — Un de mes mélancoliques, un an après la période encéphalitique aiguë, avait encore des traces d'albumine et de sucre dans le liquide céphalo-rachidien.

Les hallucinations lilliputiennes.

Essai d'interprétation

Par M. Jean SALOMON.

L'article récent de M. Leroy (1) et la communication de M. Prince (2) me décident à publier, avec des observations nouvelles, le résultat de quelques réflexions sur les hallucinations lilliputiennes. Voici d'abord, en ce qui nous intéresse, l'observation d'un de nos malades.

C... est un homme intelligent, mais un déséquilibré qui, malgré une éducation relativement soignée, ne sut se faire aucune situation. Il s'engagea, accomplit 25 ans de service et séjourna longtemps aux colonies ; il contracta à Dakar des fièvres paludéennes dont il eut depuis plusieurs accès. C'est un alcoolique avéré ; il entra à l'asile lors d'un accès subaigu qui était à son déclin lorsque nous avons connu ce malade.

Depuis quelque temps, il était devenu coléreux et violent, ses nuits d'insomnie étaient agitées de cauchemars, il avait des crampes, des pituites, de la céphalée, des tremblements, etc...

A la suite d'une crise d'excitation, au cours de laquelle il avait malmené sa femme et son enfant, il fut conduit à l'hôpital le 7 juin, il était alors relativement calme et ne se sentait pas malade ; mais le 11 dans l'après-midi il fut pris soudain comme d'une fièvre très forte avec sueurs et tremblements, puis il tomba dans le sommeil et ne sait plus ce qui se passa jusqu'au lendemain. Le 12 au matin, il reprit connaissance, mais quelle ne fut pas sa surprise de voir entrer par le coin de la porte de petits « Gnômes » qui se mirent à blanchir les murailles.

Ils étaient au nombre de 7, leur taille pouvait être de 15 cm. environ ; ils étaient revêtus de petits vestons gris et coiffés de petits chapeaux mous. Ils étaient vêtus tous de la même façon, mais l'un d'eux devait être le chef, car on le voyait et on l'entendait donner des ordres : « Il savait commander et se faire obéir. » Dans la salle, ils marchaient à

(1) *Encéphale*, novembre 1921.

(2) *Soc. Médico-psychologique*, 31 oct. 1921.

terre, contournant les obstacles, semblant être chez eux ; ils évitaient seulement la grande entrée, trop fréquentée, et se ménageaient dans une petite porte un passage latéral, longeant de très près le mur pour ne pas être heurtés du pied par les infirmiers.

Très mobiles, très affairés, ils avaient entrepris de nettoyer la chambre et de blanchir le mur jusqu'à une certaine hauteur. Ils utilisaient pour cela de petites chèvres et de petits rats qu'ils tenaient en laisse et qu'ils faisaient travailler. Ces petits animaux avaient sur la tête une ouverture par laquelle les nains les remplissaient de « blanc fixe » ; au commandement, les bêtes tournaient leur arrière-train vers le mur et, levant la queue, ils projetaient, par leur orifice naturel, le blanc aux endroits que les petits hommes n'auraient pu atteindre étant donnée leur petite taille.

Vers la fin de la journée, ayant terminé ce travail, les lilliputiens allèrent chercher des affiches qu'ils collèrent au mur. Ces affiches représentaient une fête de charité à Quimper ; les personnages en costume breton étaient de la même taille que les « Gnômes », ils étaient mobiles, allaient et venaient, faisaient des sourires et des grimaces, parlaient même, mais restaient appliqués au mur comme des personnages de cinématographe. Lorsque ces affiches furent collées, recouvrant sur 50 cm. de hauteur le bas de tout un pan de mur, les « Gnômes » se retirèrent ; ils sortirent tous les 7 à la file, puis, lorsque le dernier eut franchi la porte, le chef revint seul sur ses pas, regarda s'il ne restait plus aucun de ses hommes, sembla jeter un dernier coup d'œil à l'ouvrage et partit à son tour pour ne plus revenir.

Cette première partie de l'hallucination avait duré toute une journée. Le malade avait pu étudier à loisir ces personnages ; ils ne se contentaient pas d'agir, ils parlaient. C... entendait très distinctement leur voix, celle du chef était brève et énergique ; le timbre en était moins fort que chez un homme normal, mais n'était pas proportionné à leur petite taille et l'on était surpris qu'une telle voix pût sortir de si petits corps. Les sujets des affiches parlaient aussi, causaient entre eux ou s'adressaient au malade.

Les « Gnômes » disparus, les affiches persistèrent, le malade ne les vit pas la nuit, mais put les contempler toute la journée du lendemain et une partie du troisième jour, puis elles s'effacèrent sans que C... puisse préciser comment. Alors se produisirent des phénomènes d'un autre ordre.

Jusqu'ici le malade avait été agréablement impressionné, surpris d'abord, car il ne pouvait se figurer que de tels êtres pussent exister, il s'habitua vite à eux, s'intéressa à leur

travail, puis s'amusa du cinématographe de poupées. Mais, quand les dernières images s'effacèrent, l'hallucination classique de l'alcoolisme apparut, apportant avec elle la terreur.

Deux jeunes filles, dont C... ne voyait que la tête à travers le plancher, lui envoyaient des boules qui devenaient énormes, se transformaient en pieuvres qui projetaient sur lui leur bave. Ce délire onirique dura deux heures environ, puis les hallucinations disparurent complètement laissant après elles un état de confusion qui persista quelques jours.

Ainsi la période de délire hallucinatoire évolua chez ce malade en revêtant successivement trois formes : une forme à hallucinations lilliputiennes vraies, une forme à hallucinations lilliputiennes cinématographiques et enfin la forme à hallucinations zoopsiques terrifiantes classique chez les alcooliques. Ce sont là trois modalités des troubles dus à une même intoxication. Il est intéressant de les trouver réunis chez un même malade, mais plusieurs autres points nous semblent devoir retenir l'attention.

C'est d'abord la combinaison de l'hallucination auditive et de l'hallucination visuelle dans les phénomènes micropsiques. En général (1), plus l'hallucination visuelle est mouvante, plus il semble qu'elle ait tendance à exister seule sans mélange d'hallucinations d'autres sens. Selon l'expression si juste de Falret père, « l'hallucination visuelle ne laisse pas de place alors à l'hallucination de l'ouïe ». Cette vérité s'applique tout particulièrement à l'hallucination lilliputienne si vive et si mobile et M. Leroy insiste avec raison sur ce point que les hallucinations micropsiques sont muettes (2). Cet auteur en a cité de nombreux exemples auxquels nous en pouvons ajouter quelques autres, relevés au hasard de nos lectures.

C'est le cas du paralytique général de Cotard (3) qui, au cours d'un délire de négation eut des hallucinations de la vue. « Il voit des personnages, des femmes vè-

(1) CHRISTIAN, *Hallucinations*, in JACCOUD.

(2) LEROY. Hall. lilliputiennes, *Ann. méd.-psych.*, 1920, n° 6.

(3) COTARD. Délire de négation. *Arch. de neur.*, 1882, obs. IX.

tues de blanc, descendre du plafond de sa chambre ; d'autres fois il voit de petits cavaliers hauts de quelques centimètres traverser sa chambre par régiments. »

L'halluciné de Beaumont qui a raconté ses visions apercevait des centaines de personnages qui cessaient d'être visibles la nuit. Il était escorté de deux petites femmes brunes qui portaient sous des robes de filet de secondes robes de couleur d'or qui jetaient un vif éclat.

Régis dans « La phase de réveil du délire onirique » cite un malade qui se voyait entouré de polichinelles.

Baillargé n'ignorait pas cette forme lilliputienne des hallucinations toxiques, il raconte dans ses leçons cliniques de la Salpêtrière qu'une cuisinière, ayant pris, pendant qu'elle se trouvait à l'époque menstruelle, une infusion de belladone, se voyait entourée de petits animaux qui marchaient par terre.

Mais si, d'une manière générale, on peut dire que les hallucinations lilliputiennes sont muettes, il y a de nombreuses exceptions à cette règle. Le malade dont nous venons de rapporter l'observation en est une preuve et nous en avons récemment observé un autre exemple. C'est un alcoolique qui se voyait suivi par de petits bonshommes hauts comme la moitié du doigt ; « c'étaient des serviteurs du purgatoire » ; c'étaient eux qui le lui avaient dit, car ils parlaient, ils l'insultaient surtout : « Andouille, lui disaient-ils, on te tuera à 3 heures ; — tu auras le diable sur toi. »

Il en existe d'autres cas, M. Leroy en a rapporté plusieurs ; c'est cette malade de Michéa, citée par MM. Leroy et Rogues de Fursac, à qui la foule de personnages bizarrement accoutrés qui descendaient du plafond adressaient la parole et envoyaient une odeur d'encens.

C'est donc que non seulement le sens de l'ouïe, mais encore ceux de l'odorat et du toucher peuvent être affectés en même temps que celui de la vue et nous trouvons réunies toutes ces formes hallucinatoires dans les mémoires du célèbre persécuté Berbiguiier (1) qui non seulement se voyait entouré de Farfadets, mais

(1) BERBIGUIER. *Les farfadets, ou tous les démons ne sont pas de l'autre monde*. Paris 1821, 3 vol.

respirait leur odeur, les sentait courir sur lui, les saisissait avec les doigts et les épinglait sur son lit comme des papillons.

Enfin n'est-ce pas une hallucination lilliputienne avec phénomènes auditifs que nous trouvons dans Guy de Maupassant et que M. Lucien Lagriffe relate dans sa si intéressante étude de psychologie pathologique (1).

Pour revenir à notre malade, il est encore un caractère par lequel ses hallucinations se distinguent, c'est par la teinte terne de leur coloration. Ces lilliputiens sont habillés de gris, mais ce fait n'est pas non plus exceptionnel, la malade de M. Ducosté citée par M. Leroy était persécutée par de petits démons noirs, c'était aussi de noir qu'étaient vêtus les petits hommes dans le cas rapporté par M. Alajouanine (2) et dans l'une des observations de M. Prince.

En résumé, d'après les deux cas que nous rapportons et d'après quelques autres observations, nous croyons pouvoir conclure que ni la vivacité des couleurs ni l'absence d'hallucinations de l'ouïe ne constituent des caractères pathognomoniques de l'hallucination lilliputienne.

Les trois caractères qui restent constants sont : La petite taille des sujets, l'absence de micropsie et l'adaptation de l'hallucination à l'entourage réel des malades.

Il semble que pour expliquer ces caractères, on soit en droit de tenter une interprétation. Mais pour cela il est nécessaire de rappeler en quelques mots d'où nous vient la notion de dimension. En réalité, la notion de dimension pour un objet vu à distance ne nous est fournie que par une série d'interprétations. Si nous disons d'un homme qu'il doit avoir 1 mètre 75, nous arrivons à cette conclusion, soit en le comparant aux objets qui l'entourent, soit en faisant le raisonnement suivant, que nous n'exprimons pas, mais que subconsciemment nous faisons toujours : je vois cet homme sous un angle de x degrés, la distance qui me sépare de

(1) *Ann. méd.-psych.*, 1908 et 1909.

(2) Un cas d'hallucinose, *Ann. méd.-psych.*, 1915, 2.

lui est de tant de mètres et l'expérience m'a montré qu'un objet placé à tant de mètres, vu sous l'angle α , a 1 m. 75. Car le sens de la vue ne nous permet d'apprécier que des angles et toutes les autres conclusions sont déduites de cette notion par des raisonnements basés sur des points de comparaison.

Mais si les points de comparaison viennent à manquer, l'objet que nous voyons ou que nous croyons voir ne saurait plus pour nous avoir de dimension. C'est ce qui se produit dans certains rêves au cours desquels on voit un objet isolé de tout milieu environnant et auquel il n'est pas possible d'assigner une grandeur.

Mais allons plus loin, si un malade voit un objet imaginaire dans un milieu autre que celui pour lequel son imagination l'a conçu, la notion de dimension se trouvera fatalement faussée. Supposons que par un phénomène hallucinatoire il ait la représentation d'un homme tel qu'il nous apparaît à 40 mètres, tout se passera pour lui comme s'il le voyait sous un tout petit angle ; or s'il voit en même temps le milieu qui l'entoure, le mur de sa chambre par exemple qui lui masque l'horizon, il devra localiser son hallucination en deçà de ce mur, l'image de cet homme faite pour être vue à 40 mètres lui semblera placée à quelques pas de lui et, par le raisonnement subconscient dont nous parlions tout à l'heure, il se dira : l'angle sous lequel je vois cet homme est tout petit, la distance qui me sépare de lui n'est que de 2 ou 3 mètres, cet homme ne peut donc avoir que quelques centimètres de hauteur ; ce malade aura une hallucination lilliputienne.

En effet, les hallucinations de cette nature se produisent presque toujours dans un milieu à horizon très borné.

Une comparaison simple nous fera bien comprendre : Si un halluciné voyait des étoiles sur le plafond de sa chambre, il ne les verrait que comme des points lumineux ; ce serait là une hallucination lilliputienne, car il verrait à trois mètres de lui sous la dimension de quelques fractions de millimètres des objets qui naturellement sont immenses et ne sont pour nous des points que parce qu'ils sont à des milliards de lieues.

Si donc le malade qui a une hallucination micropsique n'avait pas à la localiser, s'il faisait un rêve par exemple, il verrait ses sujets au loin, l'idée de distance résultant de l'angle sous lequel il croirait les voir ; mais éveillons-le et bornons son horizon, il croira toujours voir ses sujets sous le même angle, car c'est ainsi que la représentation mentale s'est formée, mais il les verra petits, puisqu'il les croira près et les verra d'autant plus petits qu'il les croira plus près, comme on voit diminuer les figures du cinématographe quand on rapproche l'écran.

Trois faits semblent militer en faveur de cette interprétation : Ce sont d'abord les expériences de Ch. Féré sur les hallucinations des hystériques ; voici une de ces expériences : « Il faut remarquer que pour que l'objet soit toujours vu suivant les mêmes proportions, il faut que le plan sur lequel son image a été suggérée soit toujours à la même distance du sujet. Ainsi supposons que, l'hypnotisée étant convenablement préparée, on place un ruban métrique sur une feuille de papier blanc et qu'on lui suggère l'idée qu'on marque un point noir en face de chaque division centimétrique : après le réveil on dit à la somnambule de marquer un trait sur chaque point imaginaire ; elle fait une série de lignes qui toutes sont à égale distance, mais séparées par un intervalle plus grand que un centimètre. L'erreur est due à ce qu'il a fallu rapprocher le papier pour tracer les lignes et que les intervalles vus de plus près ont paru plus considérables. »

Le second fait est une observation personnelle d'hallucination hypnagogique. Le sujet faisait un rêve dans lequel il se représentait un paysage champêtre dont un troupeau de vaches formait l'élément principal ; or, comme il s'éveillait, l'image persista quelques instants, les vaches qui dans le rêve étaient vues au loin se projetèrent sur le mur placé devant le sujet, mais, gardant les dimensions qu'elles avaient dans le rêve, elles se présentèrent, par suite du rapprochement, comme de toutes petites bêtes lilliputiennes.

Enfin le troisième fait est extrait de l'observation de M. Alajouanine dont la malade disait : « Je vois de

petits hommes noirs ; il y en a de tout petits, d'autres plus grands, comme ça ! (geste)... — De quelle grandeur sont-ils ? — Les uns grands comme le doigt, les autres plus grands, comme de tout petits gosses ; *ceux qui sont près sont plus petits que ceux qui sont loin*, mais ni les uns ni les autres ne sont très grands, ils me font des grimaces. »

Ainsi il semblerait que la petite taille des hallucinations lilliputiennes ne soit que le résultat du rapprochement d'une image créée pour être vue au loin et dès lors il serait tout naturel que ces hallucinations ne s'accompagnent pas de micropsie puisque leur exigüité ne résulterait que de leur coexistence avec la perception exacte du monde réel. On comprendrait aussi pourquoi les hallucinations lilliputiennes et toutes les hallucinations visuelles en général sont si variables dans leurs dimensions.

Quant à l'adaptation de l'hallucination lilliputienne au milieu extérieur, elle n'a rien qui doive surprendre étant donnée son étiologie ; c'est en effet un caractère commun à toutes les hallucinations toxiques et en particulier aux hallucinations d'origine alcoolique de mêler la fiction à la réalité pour constituer ce délire onirique, ce rêve vécu si caractéristique de l'intoxication par l'alcool.

Nous ne prétendons pas que ces explications s'appliquent à tous les cas, mais nous pensons qu'elles peuvent être valables pour quelques-uns des faits observés.

S'il en était ainsi, l'hallucination lilliputienne rentrerait dans le cadre général de l'hallucination toxique dont elle aurait le mécanisme et dont elle ne serait qu'une modalité un peu particulière.

DISCUSSION

M. MIGNARD. — L'interprétation ingénieuse de M. Salomon est vraie dans quelques cas. Je crois cependant qu'elle ne s'applique pas à tous. Elle me paraît trop exclusivement sensorielle ; or, les hallucinations lilliputiennes ont très souvent un caractère particulier, amusant, puéril ; il s'agit de petits gnomes qui rappel-

lent les images enfantines de jouets ou de contes de fées.

M. LEROY. — La communication de M. Salomon est des plus originales. Son observation complète et bien analysée nous donne un nouveau cas d'hallucinations lilliputiennes sous une forme vivante, animée, très curieuse, à caractère agréable, suivie d'une forme cinématographique et enfin d'hallucinations zoopsiques terrifiantes classiques. Il y a là une succession d'états hallucinatoires avec caractères affectifs différents, dont j'ai déjà parlé, et notre collègue a très bien mis en relief les particularités cliniques intéressantes de ce cas. Son travail confirme mes recherches sur ces troubles psycho-sensoriels particuliers et montre leur importance dans les délires de rêve.

Baillarger ne me semble pas avoir voulu parler d'hallucinations lilliputiennes quand il cite le cas de la cuisinière qui se voyait entourée de « petits animaux ». Ce terme ne signifie pas lilliputien.

J'ai écouté avec attention — je dirai même avec curiosité — son essai d'interprétation du syndrome. Nous ne pouvons que le féliciter de nous fournir des aperçus nouveaux sur ces faits encore peu étudiés et son ingénieuse explication mérite d'être retenue. Si j'ai bien compris, M. Salomon rattache, tout au moins par un certain nombre de cas, le caractère minuscule des hallucinations en question à leur localisation dans un rayon de 2 ou 3 mètres. Le sujet les voit petites parce qu'il les croit près et les voit d'autant plus petites qu'il les croit plus près, absolument comme on voit diminuer les figures du cinéma quand on rapproche l'écran, la hauteur d'un objet ne pouvant être appréciée que par les angles.

Cette interprétation est possible et bien mise en valeur, mais elle ne semble pas s'appliquer au cas typique décrit par M. Salomon lui-même, concernant un malade qui voyait deux lilliputiens se promener sur son lit et venir regarder dans une tasse de lait. De plus, l'hallucination serait plutôt cinématographique.

Si l'explication si originale de notre confrère peut

se concevoir pour rendre compte du caractère minuscule des visions, il resterait encore à expliquer pourquoi ces hallucinations sont généralement colorées et accompagnées d'un état affectif agréable. C'est en raison de ces faits que j'ai été amené à proposer une autre interprétation basée sur les réminiscences de tableaux antérieurs, sur des représentations infantiles sorties du subconscient. Maints auteurs ont parlé de rêves portant sur des scènes en miniature, sur des lutins, sur des poupées. Rien d'étonnant à ce que ces mêmes visions se retrouvent dans les délires oniriques et dans les états hypnagogiques (1).

M. LEGRAIN. — En somme, c'est du délire de rêve et, à ce propos, je me demande si l'hallucination visuelle existe réellement ; elle n'a rien de sensoriel ; c'est un rêve éveillé qui se produit à un moment où le jugement est paralysé par l'action stupéfiante des toxiques sur les centres directeurs de la pensée.

M. LEROY. — Le syndrome des hallucinations lilliputiennes me semble assez fréquent ; de divers côtés on m'en signale des exemples. M. Legrain, qui a observé tant d'alcooliques, pourrait-il me dire s'il a souvent remarqué ce syndrome tel que je l'ai décrit.

M. LEGRAIN. — Jusqu'au travail de M. Leroy, ces hallucinations lilliputiennes étaient passées inaperçues : j'ai maintenant souvenance d'en avoir constaté.

La séance est levée à 6 heures.

Le Secrétaire des Séances,
J. CAPGRAS.

(1) R. LEROY. — Le syndrome des hallucinations lilliputiennes. (*Encéphale*, novembre 1921).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 20 Février 1922

Président : M. le D^r ARNAUD

Un cas de craniotomie dans l'épilepsie. — Le D^r MARIE (A.) présente un sujet qui a subi, il y a 12 ans, par M. le D^r Doyen, l'opération de craniotomie pour l'épilepsie à aura jacksonienne.

L'opération fut suivie assez vite de la cessation de toutes crises convulsives ; citons qu'auparavant il en avait eu près de 200 jusqu'à l'âge de 8 ans. Depuis 12 ans que le malade a été opéré, il n'a plus de crises, mais son imbécillité notable ne s'est pas modifiée.

Craniotomie et épilepsie, par P. BEAUSSART. — Chute sur la tête à 18 ans 1/2. Aucune suite médico-chirurgicale immédiate. Un an après, secousses dans le côté droit survenant par crises puis 6 mois après, épilepsie bravais-jacksonienne droite avec maximum au membre supérieur. Deux ans après le trauma, intervention chirurgicale dans la région rolandique gauche, suppression pendant 3 mois des crises qui survenaient auparavant à raison d'une par semaine, puis retour de ces crises qui, avec les années, de localisées se sont généralisées.

Délire polymorphe, par M. BENON (Hospice de Nantes). — Présentation de documents. — Tous les cas de délire polymorphe (délire multiple, confus, mal systématisé) qui se développent chez les jeunes sujets, ne relèvent pas de la démence précoce (hypothymie chronique). Lorsque ces délires polymorphes revêtent la forme mélancolique des auteurs, ils ne relèvent pas forcément non plus de la psychose périodique. Il existe, à notre sens, des délires polymorphes curables, qui surviennent chez des prédisposés ou chez des dysthymiques constitutionnels et qui forment un groupe à part. L'observation que nous rapportons en est un exemple parmi d'assez nombreux cas déjà recueillis par nous.

Un cas de psychose de Korsakoff. — M. REBOUL-LACHAUX (service de M. le D^r Colin) apporte un cas typique de psychose polynévritique dont le syndrome physique est constitué par une polynévrite symétrique des membres inférieurs, moins marquée aux membres supérieurs, sans atteinte des

nerfs craniens — et dont le syndrome mental est caractérisé par une amnésie qui, sous ses diverses formes, tient une place prépondérante : désorientation totale, amnésie de fixation, de conversation et d'évocation, amnésie rétro-antérograde ; illusions de la mémoire, fausses reconnaissances, fabulation très active compensatrice et spontanée. Cet état est relativement récent ; il est survenu chez une femme de 49 ans qui depuis plus de 20 ans absorbe quotidiennement de très grosses quantités d'alcool : les troubles nerveux ont débuté il y a moins d'un an et les troubles mentaux environ six mois après. L'apparition de cette psychose coïncide avec une période de surmenage physique et une poussée évolutive de tuberculose (caverne pulmonaire). Ces deux facteurs semblent avoir joué un rôle important dans l'éclosion de cette maladie ; il faut également retenir l'influence de l'hérédité qui, dans ce cas, est particulièrement lourde.

Un cas de délire de possession. — M. SONN (service de M. le Dr Colin) présente une femme de 70 ans, débile mentale qui présente des idées de possession corporelle à base de troubles organiques réels, lesquels remontent à quatorze ans.

Jusqu'en septembre 1921, idées hypocondriaques pures. Vers cette époque sont apparues les idées de possession : la malade croit et est persuadée qu'un esprit est venu en elle. Esprit qui veut la faire mourir et auquel, à juste titre, elle attribue toutes les souffrances qu'elle a subies jusqu'à ce jour.

A l'entrée, on note des troubles de la sensibilité générale, des hallucinations psychomotrices et verbales, nombreuses interprétations rétrospectives. Loquacité, besoin d'expansion, conviction absolue en son délire. Pas de troubles psychosensoriels, pas d'érotisme avoué.

Un essai de psychothérapie pratiqué dans le service et consistant en une injection sous-cutanée de 1 cc. d'éther, paraît avoir amené la guérison, du moins momentanée. En effet, la malade dit ne plus rien ressentir à présent. Elle se montre entièrement satisfaite du résultat obtenu et réclame sa sortie avec insistance.

Insuffisance de l'auto-conduction chez un hétérophrénique « désinséré du réel » (type schizophrénique). — M. LAIGNEL-LAVASTINE montre un jeune homme de 18 ans qui, suivi de près 6 mois, présente un contraste remarquable entre la conservation des différentes facultés travaillant en quelque sorte séparément et à vide (épreuves des tests permettant d'établir des schémas des fonds mentaux) et l'impossibilité où est le malade de fixer son attention et d'adapter son esprit à la réalité ambiante. Il résulte de cette insuf-

fisance de l'auto-conduction un syndrome rappelant un peu la psychasthénie de Janet (ce qui se comprend, car l'auto-conduction est aussi troublée chez le psychasthénique), mais en différant par l'existence d'une discordance idéo-affective, d'une pensée aboutissant à la salade de mots, et d'une activité motrice à réactions impulsives se caractérisant par des fugues immotivées, des attitudes contradictoires et des stéréotypies.

Ce malade répond au type schizophrénique de Bleuler. Il s'agit d'un dégénéré qui eut plusieurs fois des convulsions dans l'enfance et dont les accidents débutèrent à l'occasion de la cure d'un testicule ectopié. Il y a eu retard de la puberté et l'hébéphrénie actuelle s'accompagne d'un certain degré de juvénilisme avec tendance à l'obésité.

Absence congénitale du corps calleux sans troubles psychiques apparents chez une femme morte à l'âge de 32 ans. — MM. TRETIAKOFF et BALESTRA apportent un cas d'agénésie pure du corps calleux sans d'autres malformations. Cette pièce constitue une trouvaille d'autopsie, car la malade n'avait présenté pendant sa vie aucun trouble psychique. Confinée au lit depuis son enfance par des troubles moteurs graves, résultant d'une névrite familiale hypertrophique, elle avait appris à lire et écrire, faisait de petits dessins fort appréciés de sa famille et passait pour une jeune fille d'une intelligence « fine ». L'examen du cerveau montre l'absence complète du corps calleux, néanmoins sur les coupes frontales, en dehors de la circonvolution du corps calleux, il existe une nouvelle formation constituée par trois lames grises, et deux lames blanches à direction longitudinale — probablement le corps calleux en état d'hétérotopie. Les fibres commissurales du trigone manquent également, mais les piliers sont bien développés. Le toit du troisième ventricule n'est constitué que par la toile choroïdienne. La commissure blanche ant. a un volume presque double de la normale.

Ainsi dans ce cas l'indépendance fonctionnelle des hémisphères est douteuse, la commissure blanche ayant pu suppléer les fibres absentes.

Une forte méningite scléreuse peut être rendue responsable de cette malformation.

Un nègre albinos. — Présentation de photographie. M. le Dr DANIEL Gustave, membre de la Société d'anthropologie de Bruxelles, médecin de l'Hôpital Niemba Tangariska Moëro (Congo Belge), communique la photographie d'un jeune albinos nègre très intelligent dont il fait l'éducation depuis quelques mois.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

PROPHYLAXIE DE LA TUBERCULOSE ET DES MALADIES MENTALES CHEZ LES FONCTIONNAIRES DE L'ENSEIGNEMENT

Nous croyons devoir publier la copie d'un décret concernant les Fonctionnaires de l'Enseignement.

Ce décret intéresse, en effet, professionnellement les aliénistes puisqu'ils peuvent être appelés, en tant que spécialistes, à faire partie des Commissions prévues par ce décret.

Il est permis, d'autre part, de regretter qu'une réglementation semblable ne soit pas applicable à toutes les catégories de fonctionnaires.

CONGÉS DE LONGUE DURÉE POUR TUBERCULOSE OU MALADIE MENTALE

(Décret du 29 juillet 1921)

Article premier. — Les congés de longue durée prévus par l'article 71 de la loi du 30 avril 1921 ne peuvent être accordés qu'aux fonctionnaires faisant partie des cadres permanents de l'enseignement technique.

Article 2. — Pour obtenir un congé de cette nature, les fonctionnaires de l'enseignement primaire et secondaire devront adresser, à leur Inspecteur d'Académie, ceux de l'enseignement technique à leur inspecteur général, une demande appuyée d'un certificat médical.

L'inspecteur fera procéder à une contre-visite de l'intéressé par un médecin assermenté de l'Administration. Si ce dernier donne un avis favorable, le fonctionnaire sera examiné par une Commission composée de l'Inspecteur (ou de son délégué) et de deux médecins désignés par ce chef de service ; autant que possible, ces médecins seront des spécialistes de la maladie dont est supposé atteint l'intéressé. Si celui-ci est dans l'impossibilité de se déplacer, la Commission pourra tenir séance à son domicile. Les honoraires du médecin sont à la charge du Trésor.

La Commission, après avoir réuni les éléments d'appréciation qu'elle juge utiles, constate si le fonctionnaire proposé est atteint de tuberculose ouverte ou de maladie mentale.

L'avis de la Commission est transmis au Ministre qui statue. Si, sans raisons valables, l'intéressé ne se présente pas le jour indiqué devant la Commission ou si la Commission tenant séance à son domicile, il refuse de la recevoir, la demande est rejetée.

Article 3. — Lorsque l'Inspecteur d'Académie (pour l'enseignement secondaire ou primaire) ou l'Inspecteur général (pour l'enseignement technique) croit devoir proposer la mise en congé d'office d'un fonctionnaire, il le soumet à l'examen d'une Commission composée comme il est dit à l'article premier ci-contre, l'un des médecins pouvant toutefois être choisi par l'intéressé.

Si, sans raisons valables, ce dernier ne se présente pas le jour indiqué devant la Commission ou si la Commission ayant décidé de tenir séance à son domicile, il refuse de la recevoir, le congé lui est imposé d'office. S'il se présente, l'avis de la Commission est transmis au Ministre qui statue.

Article 4. — Lorsque l'Inspecteur d'Académie (pour l'enseignement secondaire ou primaire) ou l'Inspecteur général (pour l'enseignement technique) estime, sur le vu d'une attestation médicale ou sur un rapport des supérieurs hiérarchiques d'un fonctionnaire, que celui-ci, par son état physique ou mental, fait courir aux enfants un danger immédiat, il peut le mettre, pour un mois, en congé d'office avec traitement intégral. Pendant ce délai, il réunit la Commission prévue à l'article 2 en vue de provoquer son avis sur la nécessité d'un congé de plus longue durée.

Article 5. — Les congés visés par les dispositions précédentes sont accordés pour six mois et peuvent être renouvelés dans les mêmes conditions.

La première période de six mois part du jour où le fonctionnaire a cessé son service ou, s'il a cessé son service en prenant un congé de maladie conformément à l'article 16 du décret du 9 novembre 1853, du jour où il a cessé ce dernier congé.

Article 6. — Pendant les six premières périodes de six mois, les bénéficiaires des congés de longue durée conservent l'intégralité de leur traitement; pendant les quatre suivantes, ils conservent la moitié de leur traitement.

Ils ne restent pas titulaires de leur poste, mais ils continuent d'acquérir des droits à pension, ils subissent les retenues pour pensions civiles. S'ils bénéficiaient d'un logement dans l'Etablissement scolaire, ils doivent le quitter sans délai.

Article 7. — Nul ne peut reprendre un emploi dans l'Enseignement à l'expiration ou au cours d'un congé de longue

durée qu'après examen et avis de la Commission prévue à l'article 1^{er}. Si cet avis est favorable, le fonctionnaire est remplacé soit dans l'emploi qu'il occupait avant son congé, soit dans un emploi équivalent.

Tant qu'il n'est pas nommé à cet emploi, il continue de jouir de son traitement de congé.

Si l'avis est défavorable, le congé continue à courir ou, s'il était à son terme, est renouvelé pour six mois. Et ainsi jusqu'au moment où le fonctionnaire a épuisé le délai pendant lequel il peut obtenir des congés rétribués.

Article 8. — Lorsqu'un fonctionnaire qui, avant d'avoir bénéficié de la totalité des congés prévus par l'article 71 de la loi du 30 avril 1921, interrompt son congé et reprend ses fonctions, se trouve de nouveau en situation de bénéficier des dispositions de cet article, il peut lui être accordé des congés dans les conditions fixées par les articles 1 et 2 du présent décret. Les nouveaux congés s'ajoutent aux congés antérieurs à l'interruption sans que leur total puisse excéder les maxima déterminés par l'article 71.

Article 9. — Les fonctionnaires qui auront épuisé la série des congés avec traitement intégral et avec demi-traitement, s'ils ne sont pas reconnus aptes à reprendre leurs fonctions ou si, après les avoir reprises, ils sont contraints de les cesser, seront, s'ils ne sont pas susceptibles d'obtenir un congé d'inactivité, mis en congé sans traitement.

Dans cette situation, ils pourront, tous les six mois, demander à être examinés de nouveau en vue de leur réintégration dans l'Enseignement par la Commission prévue à l'article premier ci-contre.

Article 10. — Les fonctionnaires qui, ayant déjà obtenu les six mois de congé rétribués accordés en vertu du décret du 9 novembre 1853, ont dû, pour tuberculose, être mis en congé sans traitement, bénéficient des dispositions du présent décret si toutefois leur mise en congé sans traitement n'est pas antérieure au 1^{er} janvier 1921. Leur traitement sera rétabli depuis la date où ils ont cessé de le percevoir. La période pour laquelle le traitement sera rappelé constituera une première période de congé entrant dans le décompte de ceux qui peuvent être accordés par l'article 71 de la loi du 30 avril 1921.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

M. Claude, agrégé libre près la Faculté de médecine, est nommé à partir du 1^{er} avril 1922, professeur de clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, en remplacement de M. Dupré, décédé.

MINISTÈRE DE LA GUERRE

Par décision ministérielle, sont nommés à l'emploi de professeurs agrégés de l'Ecole d'application du Service de santé et reçoivent les affectations ci-après :

Section de médecine. — M. le médecin-major de 2^e classe Rouquier, déjà délégué dans les fonctions de professeur agrégé à l'Ecole d'application du Service de santé à la chaire de neuropsychiatrie et de médecine légale, affecté à cette Ecole et à cette chaire (service)

M. le médecin-major de 2^e classe Pilod, de la place de Besançon, affecté à l'Ecole d'application du Service de santé militaire (attaché provisoirement à la chaire d'expertises médicales et législation militaire) (service).

HOSPICE GÉNÉRAL DE NANTES

MM. les D^{rs} R. Benon et Georges-Lerat, médecins du quartier des maladies mentales, ont été nommés médecins chefs, par arrêté du ministre de l'Hygiène.

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE

Postes vacants. — Un poste de médecin-directeur à l'asile de Saint-Dizier.

Un poste de médecin chef de service au quartier d'aliénés des Hospices de Nantes.

PRÉFECTURE DE LA SEINE

NOMINATIONS ET MUTATIONS DANS LES ASILES

Le Préfet de la Seine : Vu la loi du 30 juin 1838, et l'art. 5 du décret du 25 mars 1922,

Vu les décrets des 10 octobre 1919, 13 mars 1920 et 29 novembre 1921,

Vu l'arrêté préfectoral en date du 26 octobre 1921 ouvrant, le 9 janvier 1922, un concours pour la nomination à deux emplois de Médecin en chef des Asiles d'aliénés de la Seine ; ensemble l'arrêté de M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales, du 27 décembre 1921 et le procès-verbal des opérations du concours ;

Sur le rapport du Directeur des Affaires Départementales, et la proposition du Directeur du Personnel ;

Arrête : *Article premier.* — MM. les D^{rs} Guiraud Georges et Génil-Perrin Georges, classés respectivement premier et second à la suite du concours ouvert le 9 janvier 1922, sont nommés Médecin en chef des Asiles d'aliénés de la Seine.

Article 2. — Le D^r Ducosté, Médecin en Chef de l'Asile de Ville-Evrard (Maison de Santé de Neuilly-sur-Marne), est affecté, sur sa demande, à l'Asile de Villejuif (3^e Section) en remplacement de M. le D^r Colin, appelé à un autre poste.

Article 3. — Le D^r Guiraud est nommé, sur sa demande, Médecin en Chef à l'Asile de Ville-Evrard (Maison de Santé de Neuilly-sur-Marne) en remplacement de M. le D^r Ducosté, qui reçoit une autre affectation.

Article 4. — Il sera demandé à M. le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales, de désigner M. le D^r Génil-Perrin pour remplir les fonctions de Directeur-Médecin de l'Asile de Moisselles, en remplacement de M. le D^r Mignard, qui a reçu une autre affectation.

Article 5. — Le Secrétaire Général de la Préfecture, le Directeur des Affaires Départementales et le Directeur du Personnel sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui aura son effet à partir du jour d'entrée en fonctions des intéressés.

Fait à Paris le 21 mars 1922.

Signé : AUTRAND.

A LA MÉMOIRE DU PROFESSEUR ANTONIO MARRO

Nous avons, en son temps (1), rendu compte de la mort du Pr. Antonio Marro (de Turin), nous avons dit, à cette occasion, tout le bien que nous pensons et qu'il faut dire de l'illustre et regretté disparu : « Le Pr. Marro appartenait à cette élite qui assura à la Renaissance italienne, patiente et tenace, un succès qui ne se démentit pas et, à ce titre aussi, sa perte sera vivement ressentie dans le monde latin. » Les années ont passé, un grand drame a bouleversé le monde, mettant en présence, à nouveau, la civilisation et un monde barbare ; de nouveau encore, comme aux champs catalauniques, la civilisation a vaincu. Les années, ni la tourmente n'ont modifié notre façon de voir : tout ce que nous pensions du Pr. Marro en 1913 nous le pensons encore, nous le sentons même beaucoup plus et c'est plus haut que nous devons le dire.

L'occasion nous est, heureusement, offerte d'évoquer aujourd'hui, devant les aliénistes français, la mémoire du grand disparu. Le 25 septembre 1921, dans cette province de Coni, où les armées de Bonaparte apportèrent, autrefois, la liberté, Limone a solennellement inauguré le monument

(1) *Annales Médico-Psychologiques*, Juillet 1913, p. 114.

élevé à la mémoire d'Antonio Marro ; devant ce buste dont le profil évoque toute une époque, dont les survivants sont rares, l'époque de Victor-Emmanuel I^{er}, de Garibaldi, temps héroïques du Risorgimento, la génération plus jeune de cette grande Italie qui a fait l'Italie plus grande est venue pour apporter son hommage. L'Université, la magistrature, l'armée, le Conseil général de la Province, les associations médicales et scientifiques, les villes de Turin et de Limone, l'Asile de Collegno s'étaient joints à la population de Limone pour honorer le patriote et le savant qui a illustré le Piémont et l'Italie. Après les adhésions et les excuses des Professeurs Morselli, Enrico Ferri, Patrizi, du Président Giolitti, le Pr. Vidari a prononcé un discours dans lequel il a rappelé tout ce que l'Italie, tout ce que la science, tant au point de vue psychiatrique qu'aux points de vue pénitentiaire, juridique, anthropologique, pédagogique, doivent à Antonio Marro, laissant le soin au Commandeur Luigi Fresia de louer son humanité et sa bonté.

Comme le dit « Il Subalpino », cette fête fut, véritablement, le plébiscite de la gratitude et, si l'on réfléchit que le Pr. Marro a disparu depuis dix ans on doit, à la persistance du souvenir, mesurer la solidité et la pérennité des mérites d'Antonio Marro. Au moment même où Limone honorait son illustre compatriote, Vérone inaugurait le monument de Cesare Lombroso. Le hasard a donc voulu que ces deux émules que l'intime communauté des idées rapprocha dans la vie reçoivent à la même heure le même hommage qui était dû à leur gloire.

Lucien LAGRIFFE.

CONGRÈS D'HYGIÈNE MENTALE DE PARIS (1)

(1^{er}-4 juin 1922)

Organisé par la Ligue française d'Hygiène mentale sous le haut patronage de M. le Président de la République française.

La Ligue d'Hygiène mentale a décidé, pour renforcer le mouvement d'opinion qu'elle a provoqué en France depuis sa fondation en décembre 1920, d'organiser un Congrès qui

(1) Bureau du Comité d'organisation. — *Président* : Toulouse ; *Vice-présidents* : Cazeneuve, Larnaude, Georges Renard ; *Direction générale* : Antheaume ; *Secrétariat général* : Génil-Perrin et Brousseau ; *Trésorerie* : Dupain et Lahy.

se tiendra à Paris du 1^{er} au 4 juin 1922, à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente.

Cette assemblée extraordinaire servira, en France, de préface au *premier Congrès international d'hygiène mentale* qui sera organisé ultérieurement aux Etats-Unis par les soins du Comité d'organisation du Comité international d'hygiène mentale (New-York).

Des thèmes de discussion, d'un caractère très général, ont été élaborés. Ils s'adressent aux médecins et aux biologistes, aux éducateurs, aux sociologues, aux industriels, ainsi qu'à tous ceux (magistrats, militaires, etc.) qu'intéressent les problèmes théoriques et pratiques de l'Hygiène mentale.

THÈMES DE DISCUSSION

I. Les principes généraux qui doivent régir l'assistance des psychopathes. — Exposé du D^r Antheaume (de Paris).

II. La sélection des travailleurs dans ses rapports avec l'Hygiène mentale. — Exposé de M. Lahy (de Paris).

III. Les méthodes d'Education et la Psychologie appliquée. — Exposé du Professeur Claparède (de Genève).

IV. Entente internationale pour les recherches scientifiques en rapport avec l'Hygiène mentale. — Exposé du Professeur Rabaud (de Paris).

V. L'Hygiène mentale dans la famille. — Exposé du D^r Toulouse (de Paris).

Le Congrès durera quatre jours, du 1^{er} au 4 juin inclus. Les trois premiers jours seront consacrés à l'exposé des thèmes de discussion, avec les conclusions et vœux qui en découlent ; le quatrième jour auront lieu les communications d'Hygiène mentale, dont les auteurs auront pris soin de demander l'inscription.

Le prix de la souscription est fixé à 25 francs pour les membres titulaires, qui prennent part aux discussions et communications, et à 10 francs pour les membres adhérents qui, sans participer activement aux travaux et discussions, désirent assister éventuellement aux assemblées générales et manifester par leur adhésion le bienveillant intérêt qu'ils témoignent à la grande œuvre sociologique entreprise.

La liste du Comité de patronage français a été publiée ; celle des Comités étrangers sera communiquée ultérieurement.

Adresser les correspondances relatives aux thèmes de discussion et communications, au Secrétaire général, Docteur

Genil-Perrin, 1, rue Cabanis, Paris, XIV^e, et les adhésions et envois de souscriptions au Trésorier, Docteur Dupain, 1, rue Cabanis, Paris, XIV^e.

Envoi du programme détaillé sur demande.

Pour le Comité d'Initiative et d'Organisation

Le Président : E. TOULOUSE.

Le Directeur général : R. ANTHEAUME.

ADDENDUM AU COMPTE RENDU DE L'ASSOCIATION MUTUELLE DES MÉDECINS ALIÉNISTES DE FRANCE.

A la liste des membres sociétaires, il convient d'ajouter les noms de :

MM. Beaudoin, Billet, Gelma, Mourgue et Pasturel.

Le nombre des membres atteint ainsi 225.

MONUMENT MAGNAN

Nous rappelons à nos lecteurs que les souscriptions doivent être envoyées à M. Masson, éditeur, trésorier, 120, Boulevard Saint-Germain (Paris, 6^e). Toute souscription de 40 francs donnera droit à une plaquette commémorative représentant le monument.

CENTENAIRE DE LA THÈSE DE BAYLE

1822-1922

Les membres adhérents devant recevoir, dès le début de mai, les sept rapports imprimés, nous prions nos collègues de se faire inscrire le plus tôt possible auprès de M. le D^r Mallet, trésorier, 284, Boulevard St-Germain. Indiquer en même temps si on désire assister au banquet.

Le programme définitif des séances sera envoyé très prochainement. Les auteurs qui ont l'intention de prendre part à la discussion des rapports ou de faire des communications sont priés d'en aviser le plus tôt possible M. le D^r René Charpentier, secrétaire général adjoint, 106, Boulevard du Château, Neuilly (Seine).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

MARS 1922

MEMBRES TITULAIRES

Membres honoraires :

M. le D^r NAGEOTTE, Médecin de la Salpêtrière, Professeur au Collège de France, 82, Rue Notre-Dame-des-Champs. — 25 juillet 1898.

M. le D^r KLIPPEL, Médecin des Hôpitaux, 63, Boulevard des Invalides (VII^e). — 27 novembre 1893.

Membres titulaires :

M. le D^r ANTHEAUME, Médecin en chef honoraire de la Maison Nationale de Charenton, 6, Rue Scheffer (XVI^e). — 27 mars 1899.

M. le D^r ARNAUD (L.-F.), Médecin-Directeur de la Maison de Santé, 2, Rue Falret, Vanves (Seine). — 27 mai 1889.

M. le D^r BLIN, Médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine, 30, rue Vauquelin, Paris (V^e). — 25 mai 1889.

M. le D^r BARBÉ, Médecin de Bicêtre, 14, Rue de Luyne, Paris (VII^e). — 24 avril 1911.

M. le D^r BONNET, Médecin en chef de l'Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 janvier 1892.

M. le D^r BRIAND (Marcel), Médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine, 67, Boulevard des Invalides. — 25 juillet 1881.

M. le D^r CAPGRAS, Médecin en chef de l'Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 29 janvier 1906.

M. le D^r CHARPENTIER (René), Médecin de la Maison de Santé, 6, Boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 30 décembre 1907.

M. le D^r CHASLIN (Ph.), Médecin de l'Hospice de la Salpêtrière, 11, Rue Cassette, Paris (VI^e). — 23 mai 1887.

M. le D^r CLAUDE, Professeur de Clinique des Maladies Mentales, 89, Boulevard Malesherbes, Paris (VIII^e).

M. le D^r DE CLÉRAMBAULT, Médecin-Chef de l'Infirmerie spéciale près le Dépôt de la Préfecture de Police, 52, Rue de Verneuil (VII^e). — 30 décembre 1907.

M. le D^r COLIN (Henri), Médecin en chef de l'Asile Sainte-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 29 février 1892.

M. le D^r COLLIN (André), 4, Rue de Tournon, Paris (VI^e). — 25 décembre 1917.

M. le D^r CONSO, Médecin de la Villa Montsouris, 130, Rue de la Glacière, Paris. — 27 mars 1911.

M. le D^r DENY, Médecin honoraire de la Salpêtrière, 18, Rue de la Pépinière (VIII^e). — 27 décembre 1897.

M. le D^r DUPAIN, Médecin en chef de l'Asile de Vaucluse, par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 25 juin 1888.

M. le D^r DELMAS, Médecin de la Maison de Santé, 23, Rue de la Mairie, Ivry (Seine). — 26 avril 1909.

M. le D^r DEVAUX, Médecin de la Maison de Santé, 6, Boulevard du Château, Neuilly-sur-Seine (Seine). — 24 juillet 1905.

M. le D^r DUPOUY, 15, Villa du Bel-Air, Paris (XII^e). — 29 juillet 1907.

M. le D^r FILLASSIER, Médecin de la Maison de Santé, 10, Quai Galliéni, Suresnes (Seine). — 27 juin 1910.

M. le D^r JANET (Pierre), Médecin, Professeur au Collège de France, Membre de l'Académie des Sciences morales et politiques, 54, Rue de Varennes (VII^e). — 28 janvier 1895.

M. le D^r KÉRAVAL, Médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine, 42, rue du Châtellier, Clermont (Oise). — 29 novembre 1897.

M. le D^r LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur agrégé de la Faculté de Médecine, Médecin des Hôpitaux, 12 bis, Place de Laborde. — 28 juillet 1913.

M. le D^r LEGRAIN, Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine). — 30 juillet 1888.

M. le D^r LEROY, Médecin en chef de l'Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 mars 1898.

M. le D^r LWOFF, Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine). — 20 janvier 1893.

M. le D^r MARCHAND, Médecin en chef de la Maison Nationale de Charenton (Seine). — 25 mars 1901.

M. le D^r MIGNARD, Médecin en chef de l'Asile de Vaucluse, Epinay-sur-Orge. — 28 avril 1913.

M. le D^r MIGNOT, Médecin en chef de la Maison Nationale de Charenton (Seine). — 26 juin 1905.

M. le D^r MALLET (Raymond), 284, Boulevard St-Germain (VII^e). — 25 février 1918.

M. le D^r MEURIOT, Médecin de la Maison de Santé, 17, Rue Berton, Paris (XVI^e). — 27 décembre 1920.

M. le D^r PACTET, Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine). — 29 février 1892.

M. le D^r PIÉRON, Directeur du Laboratoire de Psychophysiologie de la Sorbonne, 52, Route de la Plaine, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 27 avril 1903.

M. le D^r RAFFEGEAU, Médecin de l'Etablissement hydrothérapique, 9, Avenue des Pages, Le Vésinet (Seine-et-Oise). — 24 novembre 1884.

M. le D^r RAYNIER, Inspecteur Général adjoint des Services Administratifs au Ministère de l'Intérieur, 3 bis, Rue de Capri, Paris (XII^e). — 28 février 1921.

M. le D^r REVAULT D'ALLONNES, Médecin-Directeur de la Maison de Santé, 10, Rue de Picpus (XII^e). — 30 juin 1919.

M. le D^r ROGUES DE FURSAC, Médecin de l'Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 28 février 1910.

M. le D^r ROUBINOVITCH, Médecin de l'Hospice de Bicêtre, 3, Rue de Médicis, Paris (VI^e). — 27 juin 1892.

M. le D^r SÉGLAS, Médecin honoraire de l'Hospice de la Salpêtrière, 96, Rue de Rennes (VI^e). — 28 juillet 1884.

M. le D^r SEMELAIGNE (René), 59, Boulevard de Montmorency, Paris (XVI^e). — 29 décembre 1890.

M. le D^r SÉRIEUX (Paul), Médecin en chef de l'Asile Clinique. — 25 janvier 1892.

M. le D^r SOLLIÉ (Paul), Médecin-Directeur de la Maison de Santé, 145, Route de Versailles, Boulogne (Seine). — 25 mai 1891.

M. le D^r TOULOUSE, Médecin en chef de l'Asile Ste-Anne, 1, rue Cabanis, Paris (XIV^e). — 27 juin 1892.

M. le D^r TRÉNEL, Médecin en chef de l'Asile de Villejuif (Seine). — 29 juillet 1895.

M. le D^r TRUELLE, Médecin en chef de l'Asile de Maison-Blanche, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 novembre 1901.

M. le D^r VALLON (Ch.), Médecin en chef honoraire des Asiles de la Seine, 15, rue Soufflot. — 12 mars 1883.

M. le D^r VURPAS (Cl.), Médecin de l'Hospice de Bicêtre (Seine), 161, Rue de Charonne (II^e). — 27 juillet 1903.

M. le D^r SIMON, Médecin en Chef de l'Asile de Vaucluse par Epinay-sur-Orge (Seine-et-Oise). — 24 mai 1909.

MEMBRES CORRESPONDANTS

M. ABÉLY, Asile Braqueville-Toulouse (Hte-Garonne). — 27 juin 1921.

M. ALBES, Médecin de l'Asile de Montpellier (Hérault). — 26 mai 1913.

M. ALLAMAGNY, 17, Rue Berton (II^e). — 29 mars 1921.

M. AMÉLINE, Médecin-Directeur de la Colonie d'aliénés d'Aynay-le-Château (Cher). — 30 mai 1910.

M. ANGLADE, Médecin en chef, Maison de Santé de Château-Picon, chemin de la Béchade, Bordeaux (Gironde). — 31 juillet 1899.

M. ARMAINGAUD, correspondant de l'Académie de Médecine, 55, Rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 29 novembre 1880.

M. BARUK, Médecin-Directeur de l'Asile de Ste-Gemmes-sur-Loire (Maine-et-Loire). — 26 décembre 1910.

M. BEAUSSART, Médecin-adjoint de l'Asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre). — 25 novembre 1912.

M. BELLETRUD, Médecin-Directeur honoraire de l'Asile de Pierrefeu (Var). — 26 décembre 1910.

M. BENON, Médecin de l'Hospice St-Jacques, Nantes (Loire-Inférieure). — 24 novembre 1919.

M. BERNARD-LEROY (Eugène), Médecin, 51, Rue Miromesnil, Paris. — 27 novembre 1899.

M. BESSIÈRE, Médecin-Directeur honoraire des Asiles, Evreux (Eure). — 26 juin 1905.

M. BLAISE, Médecin, Pont-Saint-Maxence (Oise). — 28 janvier 1889.

M. BONHOMME, 9, Rue Pierre-Ducreux (XVI^e). — 27 novembre 1916.

M. BOUBILA, Médecin en chef honoraire des asiles, Nice (Alpes-Maritimes).

M. BOURDIN (V.), Médecin en chef de l'Asile du Mans (Sarthe). — 28 juin 1897.

M. BOURDON. — 28 juillet 1919.

M. BOUCHAUD, Médecin en chef de l'Asile de Lommelet, Saint-André-lès-Lille (Nord). — 12 mars 1894.

M. BRETON, 15, Place Darcy, Dijon (Côte-d'Or). — 27 novembre 1899.

M. BRISSOT, Médecin-Directeur, Asile de Rouffach (H.-Rhin). — 27 juin 1921.

M. BROUSSEAU, Montrouge, 87, Route de Châtillon (Seine). — 30 janvier 1922.

M. BUSSARD, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Bellevue (Seine). — 29 juillet 1907.

M. BUVAT, Médecin-Directeur de la Villa Montsouris, 130, Rue de la Glacière (XIII^e). — 27 mars 1905.

M. CHAVIGNY, Professeur de Médecine légale, Faculté de Strasbourg (Bas-Rhin). — 29 juillet 1918.

M. CHENAIS, Médecin en chef de l'Etablissement hydrothérapique, 14, Rue Boileau, Paris-Auteuil. — 30 mars 1903.

M. COLOLIAN, 37 *bis*, Rue de Ponthieu, Paris. — 27 octobre 1902.

M. COLOMBANI, Directeur du Service d'Hygiène, Rabat (Maroc). — 27 janvier 1902.

M. COMAR, 6 *ter*, Avenue Mac-Mahon, Paris. — 28 juillet 1902.

M. COULON, Médecin des Asiles d'aliénés. — 30 janvier 1899.

M. COURBON (Paul), Médecin de l'Asile de Stephansfeld près Strasbourg (Bas-Rhin). — 18 décembre 1916.

M. COLLET (Georges), Maison de Santé de Fontenay-sous-Bois, 6, Avenue des Marronniers. — 23 février 1914.

M. COURJON, Meyzieu (Isère). — 29 juillet 1918.

M. CULLERRE, Médecin-Directeur honoraire des Asiles d'aliénés, 14, Rue de Bouillé, Nantes (Loire-Inférieure). — 30 juin 1879.

M. DARIN (Henri), 39, Rue Dulong, Paris (XVII^e). — 1^{er} juin 1896.

M. DARNIS, ancien médecin en chef de l'Asile d'aliénés de Montauban. — 27 mars 1871.

M. DERICQ (Lucien), Médecin-Directeur honoraire des Asiles, Avenue de la Gare, Bonneval (Eure-et-Loir). — 26 novembre 1888.

M. DHEUR, Médecin de la Maison de Santé Esquirol, 23, Rue de la Mairie, Ivry (Seine). — 28 février 1898.

M. DIDE (Maurice), Médecin-Directeur de l'Asile de Braqueville près Toulouse (Hte-Garonne). — 28 janvier 1901.

M. DUBUISSON (Maxime), Médecin-Directeur honoraire des Asiles, Figeac (Lot). — 24 novembre 1890.

M. DUCOSTÉ, Médecin-chef de l'Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 30 décembre 1912.

M. DUFOUR, ancien député, Médecin-Directeur honoraire des Asiles d'aliénés. — 27 novembre 1871.

M. DUHEM, 180, Boulevard St-Germain, Paris. — 29 avril 1907.

M. DUMAS (Georges), Chef de Laboratoire de psychologie à la Clinique des maladies mentales, 6, Rue Garancière, Paris (VI^e). — 28 juillet 1890.

M. DUMAZ, Médecin en chef honoraire des Asiles d'aliénés. — 23 février 1891.

M. DAMAYE, Médecin-chef de l'Asile de La Roche-sur-Yon (Vendée). — 24 juin 1918.

M. DEMAY, Médecin-adjoint de l'Asile de Clermont (Oise). — 27 juillet 1914.

M. FABRE DE PAREL, Médecin, Dieppe (Seine-Inférieure). — 28 juin 1880.

M. GALLOPAIN (Clovis), Médecin-Directeur honoraire des Asiles, Fains près Bar-le-Duc (Meuse). — 28 janvier 1878.

M. GARNIER (Samuel), Médecin-Directeur honoraire des Asiles, Champvans (Jura). — 26 janvier 1889.

M. GIMBAL, Médecin en chef de l'Asile de Vaclair (Dordogne). — 25 juillet 1904.

M. GENIL-PERRIN, 99, Avenue de la Bourdonnais, Paris. — 29 décembre 1919.

M. GILLES (André-René), Pau (Basses-Pyrénées). — 29 avril 1918.

M. GORODICHZE, 35, Rue de la Bienfaisance, Paris (VIII^e). — 26 février 1894.

M. GREFFIER, Médecin, Grenoble (Isère). — 11 décembre 1882.

M. HALBERSTADT, Médecin de l'Asile de St-Venant (Pas-de-Calais). — 24 novembre 1919.

M. HAMEL, Médecin de l'Asile des Quatre-Mares, par Sotteville-lès-Rouen (Seine-Inférieure). — 28 janvier 1895.

M. HARTENBERG (Paul), 64, Rue de Monceau, Paris (VIII^e). — 24 juin 1907.

M. HAURY, Médecin-Chef du Centre de Psychiatrie de Marseille. — 17 avril 1916.

M. JACQUIN, Médecin en chef de l'Asile de Ste-Madeleine, Bourg (Ain). — 25 novembre 1907.

M. KAHN (Pierre), 29, Boulevard Bineau, Neuilly (Seine). — 28 décembre 1921.

M. LACHAUD, Médecin-Directeur de la Maison de Santé de Ste-Marthe, 8, Boulevard Louis-Salvator, Marseille (Bouches-du-Rhône). — 31 décembre 1894.

M. LAGRANGE, Médecin-Directeur de l'Asile de Poitiers (Vienne). — 30 juillet 1888.

M. LAGRIFFE, Médecin-Directeur de l'Asile de Quimper (Finistère). — 18 décembre 1905.

M. LALANNE, Médecin en chef de l'Asile de Maréville (Meurthe-et-Moselle). — 30 décembre 1901.

M. LALLEMANT, Château de Mesnilville, par Saint-Clair-sur-Elle (Manche). — 28 novembre 1898.

M. LARROQUE (Benjamin), 823, calle Lavalle, Buenos-Ayres (Rép. Arg.). — 26 juillet 1886.

M. LARROUSSINIE, Médecin, 21, Rue Cujas, Paris. — 24 juillet 1893.

M. LE FILLIATRE, 92, Rue de Miromesnil, Paris. — 30 décembre 1895.

M. LEMOINE, Professeur à la Faculté de Médecine, 18, Rue des Guinguettes, Lille (Nord). — 27 février 1888.

M. LÉPINE (Jean), Professeur à la Faculté de Médecine, 1, Place Gailleton, Lyon (Rhône). — 22 février 1909.

M. LERAT (Georges), Médecin de l'Hospice Général de Nantes (Loire-Inférieure). — 28 juillet 1913.

M. LEVET, Médecin-Directeur de l'Asile de la Charité-sur-Loire (Nièvre). — 29 juin 1908.

M. LIVET, 63, Rue de Miromesnil, Paris. — 28 juin 1920.

M. LIONET (Ch.), Doué-la-Fontaine (Maine-et-Loire). — 25 novembre 1889.

M. LOGRE, Médecin de l'Infirmerie spéciale de la Préfecture de Police. — 28 juin 1920.

M. MAIRET (A.), Professeur à la Clinique des Maladies mentales, 10, Avenue du Stand, Montpellier (Hérault). — 28 février 1885.

M. MARIE, Médecin en chef de l'Asile Clinique, 1, Rue Cabanis. — 25 janvier 1893.

M. MASBRENIER, Médecin, Melun (Seine-et-Marne). — 25 mai 1874.

M. MAUPATÉ, Médecin en chef de l'Asile de Fains (Meuse). — 28 mai 1894.

M. MEILHON. — 27 juillet 1891.

M. MOLIN DE TEYSSIEU, Chef de Clinique à la Faculté, 14, Rue Blanc-Dut, Bordeaux. — 28 novembre 1921.

M. NAUDASCHER, Médecin à l'Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne. — 31 octobre 1921.

M. NICOULAU, Castel d'Andorte, Le Bouscat, Bordeaux. — 29 février 1893.

M. NIEPCE, Médecin, Allevard (Isère). — 25 janvier 1858.

M. NOIR (Julien), 9, Rue Linné, Paris. — 28 février 1898.

M. OLIVIER (Maurice), Médecin-Directeur de l'Asile de Blois (Loir-et-Cher). — 24 juin 1907.

M. OSSIP-LOURIÉ, Professeur honoraire à l'Université libre de Bruxelles, 42, Avenue Wagram, Paris. — 25 novembre 1912.

M. PAGE, Directeur-Médecin de l'Etablissement hydrothérapique, Bellevue (Seine-et-Oise). — 26 mars 1906.

M. PARIS (Alexandre), Médecin en Chef de l'Asile de Maréville. — 26 février 1917.

M. PAILHAS, Médecin en chef de l'Asile du Bon-Sauveur, Albi (Tarn). — 25 janvier 1897.

M. PARANT (Victor), Médecin-Directeur de l'Asile de St-Cyprien, 17, Allées de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 27 décembre 1875.

M. PARANT (Victor), fils, 17, Allées de Garonne, Toulouse (Haute-Garonne). — 17 avril 1905.

Mlle PASCAL, Médecin-Chef de l'Asile de Châlons (Marne). — 26 juin 1911.

M. PÉON, Médecin-Directeur honoraire des Asiles d'aliénés, 2, Rue Botanique, Angers (Maine-et-Loire). — 11 novembre 1872.

M. PERPÈRE, Médecin des Asiles d'aliénés, 34, Rue Desbordes-Valmore, Paris (XVI^e). — 24 décembre 1906.

M. PETIT (Georges), Médecin de l'Asile Beauregard, Bourges (Cher). — 27 juin 1921.

M. PHILIPPE (Jean), Médecin, Chef des travaux du Laboratoire de psychologie physiologique à la Sorbonne, 20, Rue de la Pitié, Paris (V^e). — 24 mars 1902.

M. PHULPIN, Médecin, 111, Rue de Rennes, Paris (VI^e). — 29 mai 1905.

M. PICARD, Médecin de la Maison de Santé de la Malgrange près Nancy (Meurthe-et-Moselle). — 29 avril 1891.

M. PICHENOT, Médecin en chef honoraire des Asiles d'aliénés, Buxy (Saône-et-Loire). — 18 décembre 1905.

M. PITRES, Professeur à la Faculté de Médecine, 119, Cours d'Alsace-et-Lorraine, Bordeaux. — 30 novembre 1896.

M. POROT, Médecin à Alger. — 25 novembre 1912.

M. PRON, Médecin, 3, Rue Michelet, Alger. — 28 décembre 1903.

M. RAMADIER, Orléans. — 24 décembre 1888.

M. RAVARIT, Médecin de l'Asile d'aliénés, 7, Rue Boncenne, Poitiers (Vienne). — 30 novembre 1908.

M. RAYNEAU, Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, Orléans (Loiret). — 28 mai 1900.

M. RENAUX, Médecin de l'Asile Ste-Gemmes près Angers (Maine-et-Loire). — 31 mai 1920.

M. RÉMONT (de Metz), Professeur de Clinique médicale à la Faculté, 45, Rue des Tourneurs, Toulouse (Haute-Garonne). — 29 avril 1907.

M. REVERTÉGAT, 17, Rue Rosée, Sannois (Seine-et-Oise). — 29 janvier 1906.

M. REYNAUD, ancien médecin des Asiles d'aliénés. — 28 mars 1881.

M. RICHE (André), Médecin de l'Hospice de Bicêtre, 46, Rue du Général-Foy, Paris (VIII^e). — 25 février 1905.

M. RIST (Adrien), 29, Rue de Béthune, Versailles (Seine-et-Oise). — 25 juillet 1881.

M. RODIET, Médecin-Chef de l'Asile de Ville-Evrard, Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise). — 25 novembre 1907.

M. ROUGÉ (Calixte), Médecin en chef de l'Asile d'aliénés, Limoux (Aude). — 28 mai 1883.

M. SAINT-LAGER, Médecin, Lyon (Rhône). — 30 mars 1868.

M. SIZARET, Médecin en chef de l'Asile de St-Méen, Rennes (Ille-et-Vilaine). — 27 février 1905.

M. THIBAUD, Médecin en chef de l'Asile de Clermont (Oise). — 28 juin 1897.

M. THIVET, Médecin de l'Asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure). — 31 mars 1890.

M. TISSIÉ (Ph.), Médecin, 95, Rue Fondaudège, Bordeaux (Gironde). — 25 novembre 1895.

M. TISSOT, Médecin de l'Asile du Bon-Sauveur, Caen (Calvados). — 27 juin 1910.

M. TOY, Médecin-Chef de l'Asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 25 janvier 1897.

M. VERNET (Georges), Médecin-Directeur de l'Asile de Beauregard, Bourges (Cher). — 28 novembre 1904.

M. VIEUX-PERNON, Médecin de l'établissement de Divonne (Ain). — 24 juin 1912.

M. VIAN, 49, Rue Pastorelli, Nice (Alpes-Maritimes). — 28 juin 1920.

M. VINCHON, 82, Boulevard Saint-Michel, Paris (VI^e). — 27 juin 1921.

M. VOIVENEL (Paul), ancien chef de Clinique des Maladies mentales, 21, Rue de la Fonderie, Toulouse (Hte-Garonne). — 28 juillet 1913.

M. WAHL (Maurice), Médecin en Chef de l'Asile d'Aix-en-Provence (Bouches-du-Rhône). — 22 juillet 1901.

M. FRANKHAUSER, Médecin-Directeur de l'Asile de Stephansfeld. — 24 novembre 1919.

Nous publierons ultérieurement la liste des membres associés étrangers.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 25.633

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Considérations sur la restriction des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière

Les aliénistes français n'envisageront pas sans regret la disparition presque complète des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière. Par une délibération du 30 décembre 1921, le Conseil général de la Seine adoptait ce projet : « *L'administration est invitée à évacuer sur les asiles suburbains du département jusqu'à concurrence de l'effectif budgétaire et sur les asiles de province les malades traités dans les services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, en apportant, s'il y a lieu, à cette évacuation, le tempérament que les circonstances pourront exiger.* »

Une telle mesure était dictée par la situation financière. Les conséquences de la guerre — et aussi des règlements administratifs plus ou moins bien étudiés — ont eu sur le budget départemental

des répercussions si graves que le Conseil général, justement effrayé du poids des dépenses constituant pour la collectivité une charge intolérable, a fait tous ses efforts pour réaliser des économies. Il s'est donc résigné à supprimer 1.500 lits d'aliénés hospitalisés dans la Seine pour envoyer les malades en province, où le prix de journée est 3 ou 4 fois moins élevé. Bicêtre et la Salpêtrière ont payé la rançon du déficit. Leurs aliénés ont été évacués et les services médicaux réduits au strict minimum : deux consultations avec 20 lits chacune pour la Salpêtrière, une consultation avec 40 lits et un petit service d'épileptiques pour Bicêtre (l'ancien service de Bourneville étant provisoirement maintenu). Ajoutons que nos collègues ont conservé leurs places, l'importance des consultations externes légitimant amplement leur maintien.

Quelle était, à la fin de 1920, la situation des services supprimés ? *Le Rapport du service des aliénés du département de la Seine pour 1920* nous donne la réponse :

Bicêtre La Salpêtrière

Présents le 31 décembre .	985	586
Entrées pendant l'année .	569	215

C'est donc plus de 1.500 aliénés que l'administration hospitalisait dans ces deux établissements. Sans doute, les locaux étaient vieux, non hygiéniques, mais la modernisation en était peut-être possible. Leur présence dans Paris, ou à proximité, permettait aux malades les visites fréquentes des familles, toutes désireuses de leur témoigner les encouragements et les consolations. Que de protestations ne recevrons-nous pas de la part des parents obligés à faire un long voyage en banlieue dans ce

but charitable ! Il y a là une raison d'humanité qui s'impose et la population parisienne mérite bien quelques égards sur ce point.

De plus, la réputation de Bicêtre et surtout de la Salpêtrière était favorablement établie du fait que ces établissements ne sont pas considérés comme des asiles d'aliénés. Tels parents, qui n'auraient pas voulu conduire leurs malades à Ste-Anne ou à Villejuif, les plaçaient volontiers à la Salpêtrière.

L'évacuation s'est faite rapidement, sans même, du reste, qu'aucune Société médicale n'ait été consultée sur son opportunité. La chose n'a été rendue possible que par l'état actuel de l'aliénation mentale en France, qui se caractérise par les deux faits suivants :

diminution sensible de l'effectif des aliénés de la Seine ;

augmentation du nombre des places libres en province.

Depuis 50 ans, le chiffre moyen des malades au compte de la Seine s'est accru chaque année avec la population et le développement de la science psychiatrique : 6.500 en 1867 ; 7.700 en 1880 ; 13.100 en 1900 ; 15.800 en 1912.

Ce chiffre fléchit pendant la guerre jusqu'à 12.770 en 1919. Il remonte déjà à 12.958 en 1920 et il reviendra fatalement à celui d'avant-guerre, comme le fait prévoir l'augmentation des entrées en 1921.

L'encombrement des asiles de la Seine exigeait, dès 1910, la construction d'un septième asile, dont les plans ont même été dressés ; la question redeviendra impérieuse d'ici peu.

Cette opinion ne nous est pas personnelle ; elle est l'évidence même et M. le Conseiller général Chausse l'a mise en lumière dans son remarquable

rapport sur le service des aliénés. « L'effectif présente de 1916 à 1919 un fléchissement subit de 2.800 unités. Les départements de province ont constaté des diminutions analogues pour leurs propres aliénés. Il est évident que si ce fléchissement devait se maintenir, nous pourrions abandonner sans appréhension aucune et Bicêtre et la Salpêtrière. Mais, est-il dû à des causes que nous puissions considérer comme permanentes, ou bien, au contraire, résulte-t-il de circonstances fortuites et accidentelles ?.....

« La diminution d'effectif résulte, pour une part, de la diminution des admissions pendant la guerre, diminution qui, ainsi que nous le constatons l'année dernière, est plus apparente que réelle, en ce sens qu'un nombre important d'aliénés militaires de Paris ou de banlieue, dont les troubles mentaux étaient considérés comme contractés pendant la guerre, étaient traités en province au compte de l'Etat et ne figuraient pas, par suite, sur les états de contrôle du département. Mais cette diminution du nombre des admissions a cessé : déjà, en 1920, le relevé des entrées atteignait presque au chiffre d'avant-guerre (4.568 contre 4.692, moyenne des années 1910 à 1913). Le fléchissement de l'effectif est dû, d'autre part, et surtout, à l'accroissement considérable des décès pendant les années de guerre...

« Cet accroissement de décès s'explique, les aliénés ayant souffert, comme l'ensemble de la population, des restrictions imposées par la guerre. Le chiffre, tout à fait exceptionnel, relevé en 1918, est dû à l'épidémie de grippe qui a sévi à cette époque. Mais, en 1919 et en 1920, les chiffres reprennent leur physionomie habituelle.

« Ainsi, et c'est ce que nous voulions détermi-

ner, le fléchissement constaté sur l'effectif de nos aliénés est dû à des causes accidentelles — actuellement disparues — et dont les conséquences elles-mêmes tendent comme il est naturel à s'éteindre...

« Point ne serait besoin d'être un esprit paradoxal pour conclure, du simple examen des faits, que loin d'abandonner nos services de Bicêtre et de la Salpêtrière, il serait peut-être plus sage de nous assurer, pour un avenir qui ne semble pas éloigné, de nouveaux moyens d'hospitalisation. Administrer, c'est prévoir ».

Ce n'est pas un aliéniste qui parle, c'est un administrateur remarquablement au courant de la question, c'est M. le Conseiller Chausse, lui-même. Aussi, dans son rapport, n'avait-il envisagé qu'une évacuation limitée à la moitié environ du nombre des malades. L'avenir dira si la suppression presque radicale de Bicêtre et de la Salpêtrière n'est pas une mesure intéressante aujourd'hui au point de vue financier, mais qu'on regrettera plus tard. Je ne crains pas de demander, dès maintenant, à notre dévoué secrétaire général de vouloir bien me réserver une chronique, l'année prochaine, sur la nécessité d'agrandir nos asiles.

Un autre point des plus importants à mettre en lumière est la perturbation profonde qui va se produire dans l'enseignement de la médecine mentale. Par sa situation au milieu de Paris, la Salpêtrière était un centre de travail et aussi d'apprentissage pour les élèves des hôpitaux. Bien que dépourvu de tout caractère officiel, cet enseignement a porté, de par le monde, la renommée de notre pays. C'est ce que proclamait, le 12 janvier 1922, dans sa leçon d'ouverture, M. le Professeur Emile Sergent:

« Je me demande, sans parvenir à la trouver, s'il y a nécessairement une différence entre la va-

leur des recherches scientifiques et de l'enseignement faits à l'hôpital par un médecin des hôpitaux, qui est en même temps agrégé, et par son voisin de service, qui ne l'est pas.

« Cela est pure et simple affaire de personnes et vous avez tous sur les lèvres les noms de certains de vos maîtres. Je ne veux pas troubler leur modestie en les nommant ; mais, à coup sûr, je puis bien, sans faire rougir les murailles antiques de notre vieil hôpital St-Louis, proclamer qu'elles abritent une Ecole qui, depuis plus d'un siècle, rayonne sur la Dermatologie mondiale et illustre grandement notre pays ; les murs de Bicêtre et de la Salpêtrière ne rougiront pas davantage si je dis qu'ils vibrent des échos que l'Ecole psychiatrique de France fait retentir avec le même lustre ».

A côté de l'Ecole de Neurologie, que domine encore la grande ombre de Charcot, les services de psychiatrie étaient restés en pleine activité. Hier, MM. Voisin et Deny, aujourd'hui MM. Séglas, Chaslin et Nageotte, dignes continuateurs des grands ancêtres, groupaient autour d'eux des élèves laborieux et désireux de s'instruire.

D'après les nouveaux programmes, tous les étudiants en médecine doivent faire des stages de spécialités. Où apprendront-ils la médecine mentale ? où verront-ils des malades ? où suivront-ils ces cas cliniques qui demandent des mois d'observation ? Sans doute, on a conservé des services de consultation avec quelques lits, mais les médecins n'y pourront traiter que des petits mentaux et des aigus en nombre trop limité. L'enseignement y sera tout à fait insuffisant. Paris est entouré de grands asiles, constituant des cliniques d'une richesse incomparable et où les médecins ont autant de zèle que de science, mais ces établissements sont éloignés et

aucun élève ne pourra aller s'y instruire, en raison de la distance. Reste Ste-Anne où le service de clinique est seul organisé pour l'enseignement, mais il ne peut satisfaire aux besoins. Il est indispensable de créer de nouveaux centres d'instruction, sous peine de rayer la psychiatrie des études médicales ».

Si nous sommes forcés de nous incliner devant les nécessités de l'heure présente, qu'il nous soit, du moins, permis d'exprimer l'émotion que nous éprouvons en voyant presque disparaître les établissements qui furent les berceaux de la psychiatrie française.

Bicêtre... la Salpêtrière !... A cette évocation, surgit toute l'histoire de notre science. N'est-ce pas là que commence et se poursuit le magnifique développement qui a conduit la psychiatrie à ses hautes destinées médicale et humanitaire ? L'édit royal de 1656 avait affecté ces établissements aux vagabonds pris en contravention aux ordonnances et pendant plus d'un siècle « ils devinrent l'asile immense où se réfugièrent toutes les misères et tous les vices, toutes les infortunes et toutes les hontes ».

Dans ces maisons de force, mélangés et presque assimilés aux criminels, croupissaient les insensés jusqu'au jour où Philippe Pinel arriva à Bicêtre. C'est là, en 1793, qu'eut lieu l'abolition des chaînes, jour à jamais mémorable, le plus célèbre dans l'hospitalisation des fous. Le libérateur des aliénés étendit la même réforme à la Salpêtrière et son influence gagna l'Europe entière. Cet homme modeste, ignorant de son propre mérite, fut le fondateur d'un enseignement où les élèves affluaient et

son œuvre eut un retentissement énorme sur l'avenir.

Dès lors se déroulent les pages d'un livre où s'inscrivent les noms de nos maîtres les plus vénérés. Tous, élèves de leurs aînés, se passent de main en main le flambeau de la science pour le porter toujours plus haut.

Et quasi cursores vitæ lampada tradunt.

Les uns conservent leurs services de Bicêtre ; la plupart finissent leur carrière à la Salpêtrière.

Esquirol, élève de Pinel et son collègue à la Salpêtrière avant sa nomination à Charenton, grand réformateur, chef d'école et clinicien émérite, devient le pèlerin passionné qui parcourt la France « maison par maison, hospice par hospice, prison par prison » et gagne partout la cause des aliénés arrachés à leur malheureuse situation.

Georget, médecin physiologiste, apôtre farouche de la vérité scientifique, cherche à fixer le siège des troubles mentaux, comme on le fait pour toutes les autres maladies et à appliquer à la folie les lois de la pathologie et de la thérapeutique générales.

Ferrus, inspecteur général du service des aliénés, criminaliste éminent, est l'initiateur du traitement par le travail, en fondant la ferme de Ste-Anne. Il établit la première école des idiots et des imbéciles et se signale comme l'âme des travaux préparatoires de la loi de 1838.

Jean-Pierre Falret, savant remarquable, esprit religieux et grand philanthrope, décrit la folie circulaire et consacre son temps et sa fortune au patronage des aliénés.

Baillarger, observateur méthodique, patient et consciencieux, dont l'enseignement eut une utilité

supérieure, fonde les *Annales médico-psychologiques* restées le répertoire le plus complet de tous les faits relatifs à l'aliénation mentale. « Dans cette vaste Salpêtrière, où tant de ruines humaines sont venues échouer, il y avait des hommes pleins d'ardeur, jeunes comme leur science, intéressants comme elle, désireux de se faire connaître et rivalisant de talent pour attirer et fixer les élèves. Falret père, Baillarger furent pendant des années les chefs d'un enseignement fécond ; c'est à eux qu'on a dû, au lendemain de la loi de 1838, de pouvoir doter les asiles d'aliénés, qui peu à peu se réorganisaient, de médecins instruits, dignes de leur difficile et délicate mission » (1).

A côté de ces maîtres éminents, je ne puis omettre les grands aliénistes tels que Lélut, Scipion Pinel, Leuret, Moreau de Tours, Marcé, Delasiauve, Legrand du Saulle, Jules Falret, Féré, Bourneville.

Quand un pays peut s'enorgueillir de tels hommes, dont l'influence a porté au bout du monde le renom de la psychiatrie française, il ne peut restreindre son domaine humanitaire et scientifique. Il faut, au contraire, le favoriser, le développer, le perfectionner. Dernière venue dans la science, la médecine mentale a la légitime prétention de jouer un rôle de plus en plus important dans la société. Déjà, elle déborde des asiles pour envahir le prétoire, les écoles, les ateliers. Bientôt, elle se trouvera chargée d'assumer les plus grandes responsabilités. Le développement de la psychiatrie ne peut plus être entravé.

Raoul LEROY.

(1) MOTET. — Discours prononcé au Cinquantenaire de la Société Médico-Psychologique, 1902.

LE PROJET GRINDA ET L'HYGIÈNE MENTALE

Par M. le D^r LEGRAIN

Médecin en chef à l'Asile de Villejuif

La révision de la loi de 1838 participe des états psychopathiques à éclipse. Depuis 60 ans les paroxysmes révisionnels, dont nos Chambres ont fourni les généreuses, mais stériles manifestations, sont innombrables. La loi, décidément, avait la vie dure et les Bastilles modernes étaient fort bien construites !

Mais je crois aussi que l'inertie lamentable du législateur a été un symptôme, celui où l'on reconnaît que le pauvre fou n'a jamais eu le vent en poupe. Qui donc, à moins de n'être pas à jour avec les progrès de l'Assistance, oserait prétendre que l'aliéné n'est pas le dernier des infortunés auquel on pense ? Remorqué comme un insipide et coûteux boulet par toutes les Assemblées départementales qui se résignent mal à payer les frais, quand un atome d'esprit prévoyant aurait depuis longtemps réduit les dépenses, il continue à pâtir de son impotence cérébrale, de son exclusion du monde où l'on s'agite et se défend, de la faible escorte des seuls hommes qui l'ont pris en pitié et ont souffert avec lui, les médecins d'asile.

Il semblerait toutefois qu'un nouveau paroxysme se prépare : le vieux rocher de Sisyphe va-t-il enfin gagner les sommets d'où il s'écroule périodiquement ? Le projet Strauss, en proie à la maladie du sommeil depuis des années, verra-t-il enfin le feu de la rampe parlementaire ? On ose un peu l'espérer. Le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique a enfin alimenté sa 4^e section et sollicité d'elle un effort. M. Briand a été requis de présenter un condensé des plus récents projets de révision. M. Roubinovitch a mis au point le court problème de la protection des biens. M. Marie

reparlera de la Colonisation des aliénés. On compte reprendre tout au moins la révision du Règlement de 57 tombée à plat il y a dix ans après étude approfondie faites par Drouineau, Briand et moi-même. Enfin j'ai présenté un rapport copieux sur le projet Grinda, qui réglerait tout au moins, avant faire mieux, le pressant problème du régime des entrées et des services ouverts, en liaison avec les postulats de l'Hygiène mentale.

Tout cela semble un peu dysharmonique, mais on pense qu'en juin, le Conseil Supérieur pourrait tout de même faire œuvre utile, laquelle œuvre ne serait que les préliminaires d'une discussion imminente de la loi Strauss devant le Sénat.

L'éminent rapporteur, actuellement Ministre, aurait-il le temps, dans sa juste mais éphémère apothéose, de réaliser enfin le nouveau régime des fous ? Acceptons-en l'augure, sans enthousiasme ni scepticisme. Il convient que nous soyons toujours, en telle aventure, des modèles d'équilibre.

J'ai pensé toutefois qu'une courte dissertation sur le projet Grinda, qui s'avère peu connu parmi nous, serait un utile thème à méditation, et peut-être à suggestions.



Le projet Grinda, déposé le 20 mai 1921, amende 8 articles de la loi dont je résume l'objet :

L'art. 1^{er} serait complété dans sa définition par l'adjonction des services ouverts préconisés.

L'art. 4 règle l'inspection et la surveillance des services d'aliénés.

L'art. 6 est le statut des maisons privées autorisées à recevoir des aliénés.

L'art. 8 règle les conditions d'admission par placements directs ou volontaires.

L'art. 9 prévoit la surveillance des maisons de santé.

Les articles 18 et 19 pourvoient aux placements d'office.

Enfin, l'art. 28 règle les dépenses des services.

En résumé l'auteur vise le régime de l'internement et avec lui l'inusable marotte des séquestrations arbitraires. Comme corollaire, il réforme de fond en comble le régime de surveillance et de contrôle : projet de réforme qui, on le prévoit, ne sera pas seulement défensif. Il ne saurait l'être sans attaquer : aussi sera-t-il grandement agressif.

Un postulat sert de base à la réforme : nous y souscrivons : secourir l'aliéné au plus tôt et partout où il se trouve, à son domicile même; le dépister quand faire se peut, aller à lui et finalement le traiter comme on ferait d'un infirme quelconque.

Or, selon M. Grinda, la loi de 38 n'a été qu'une loi de police, une auxiliaire de la force publique. Elle reçoit les aliénés, c'est vrai, mais elle les interne et les traite ensuite... s'il y a lieu.

Le fou non dangereux échappe aux bienfaits de la loi. Seules les familles avec les départements, quand ils s'y prêtent, pourvoient à l'assistance des aliénés « autant dire jamais ». La loi s'est donc dérobée à son devoir d'assistance et cette dérobade a eu les pires conséquences.

En outre, les aliénés sont placés le plus souvent contre leur gré (effet moral fâcheux) ; les enquêtes de police devant justifier les placements retardent les bons effets de ceux-ci ; le médecin récepteur dit *amen* le plus souvent au certificat de placement ; la sortie devient une faveur exceptionnelle, circonstance grave, car, à l'asile, l'aliéné est la proie du médecin. Il est livré « sans réserve à la juridiction du médecin qui « le soigne... Le gardera-t-on dans les intervalles par- « fois très longs des accès ou des exacerbations ?... la « mise en liberté s'impose alors... Mais si le médecin « est un timoré, que les responsabilités effraient, il « ne l'ordonnera point... sans compter que ce prati- « cien, comme celui qui a délivré le certificat médical « d'origine, peuvent avoir été intéressés à l'interne- « ment, et personne ne vient les contrôler, s'ils s'y « prêtent de complaisance ! »

Non seulement le médecin est un agent dangereux puisque, craintif, hésitant, il garde trop longtemps les malades sous les verrous, mais la surveillance et le contrôle des asiles sont illusoires. Les magistrats, fatalement incompetents, s'en rapportent aux avis du médecin qui devient juge et partie. Que de médecins, délégués eux-mêmes à l'inspection, sont parfois incompetents (c'est hélas exact) !

Bref « les garanties de la loi, excellentes en intention, demeurent purement illusoires... l'aliéné ne relève que du médecin qui dispose de lui sans contrôle. Nulle autorité ne vient surveiller le médecin s'il est négligent ou timoré ou malhonnête. Le prévenu ou inculpé a son avocat pour l'assister ; l'aliéné n'a personne ; le médecin exerce sur lui un pouvoir discrétionnaire, plus étendu que celui du juge d'instruction ; la liberté du malade est sa chose et n'a de réelle garantie que dans son savoir et sa conscience ».

Le réquisitoire acerbe contre le médecin s'accroît. De tout temps le « pouvoir exorbitant » du médecin a donné lieu « à des réclamations véhémentes, sinon toujours justifiées ». « Il n'est pas moins inadmissible qu'un pouvoir aussi absolu soit exercé sans contrôle et la conscience moderne, qui depuis 60 ans n'a cessé de protester contre une telle possibilité d'abus ne pardonnerait pas à la nouvelle législation d'avoir négligé d'y apporter remède. Il n'est pas jusqu'au médecin du service d'observation qui ne doive lui-même être contrôlé, si par exemple il croit devoir maintenir contre son gré un aliéné librement admis sur sa demande, mais dont il aura reconnu ensuite le caractère dangereux. »

Il n'apparaît pas que le contrôleur sera à son tour contrôlé, mais engagée dans cette voie, on peut présumer que la loi n'oublierait pas cette élémentaire précaution.

Faut-il être surpris alors qu'avec une loi ne connaissant que « les grands murs et les portes grillées », l'asile ait acquis la réputation « d'une maison d'arrêt

ou de correction » ; que l'opinion n'ait jamais vu en l'aliéné qu'un « malfaiteur », que la folie soit devenue une *tare*, qu'on ne se résolve à demander du secours que contraint et forcé ? Bref l'aliéné n'a jamais été assisté « parce qu'il souffre », mais seulement quand il est un danger. Et, même dans ce cas, sa réputation est compromise, sans compter que ses biens « abandonnés souvent à l'incurie ou à la cupidité d'administrateurs sans mandats précis, échappent à toute « surveillance effective ».

Et que dire alors des petits psychopathes, des demi-trois quarts, dixièmes de fou dont on parle tant à cette heure ? Pour eux rien de fait. Je m'en voudrais de ne point citer mon auteur :

« Il y a aussi l'armée des psychopathes conscients, des névrosés et déséquilibrés de la réflectivité idéo-émotive : déprimés ou anxieux de tous ordres, en quête d'un réconfort ou d'un soulagement, préoccupés de misères physiques ou morales sans nombre et dont personne ne veut comprendre la gravité ; tourmentés de malaises inexprimables, d'une paresse intestinale irrémédiable, d'un ténia indéracinable, des désastres irréparables d'une purgation trop énergique, d'un lavement trop chaud ou trop froid... etc., et avec cela refusés, rebutés de partout, des consultations payantes comme des hôpitaux ou hospices, froissés, exaspérés de l'indifférence universelle qui, les tenant pour imaginaires, n'a pour eux que dédain ou moqueries ; réduits parfois, par désespoir de ne pouvoir ni se guérir ni intéresser personne, à chercher dans la mort un refuge qu'ils ne trouvent nulle part ailleurs... N'ont-ils pas droit à l'assistance, par cela seul qu'ils sont malades, et au même titre que les autres, d'autant plus pitoyables qu'ils sentent plus vivement la misère de leur condition » ?

Cet horrible tableau fait heureusement plus d'honneur à la folle du logis que de mal à la médecine. Notre honorable confrère, en tout cas, peut être assuré de la vive sympathie des aliénistes pour prix de son zèle véhément en faveur des aliénés.

Les médecins d'asile ne sauraient évidemment, sans déroger ni manquer à leur juste dignité, faire un seul instant état des inexactitudes ou énormités qu'avec une imperturbable conviction l'honorable député a répandues contre leur réputation. Il y a des diatribes contre lesquelles il est mieux de ne pas se défendre. A une aussi dangereuse mythomanie il est sain de n'opposer que la sereine philosophie qui n'a jamais abandonné les vieux aliénistes parvenus au bout de leur pénible et ingrat apostolat. L'abnégation de tant de modestes et savants praticiens, si injustement méconnus et oubliés parfois, trouve sa légitime récompense dans la gratitude de tant de psychopathes, grands et petits, arrachés aux tortures de leur mal.

Je reviendrai du reste dans un autre article sur la *réforme de l'Inspectorat*, autre fin également visée par M. Grinda, sur la justification à laquelle a droit le médecin d'asile.

Quant à la loi de 38, elle ne mérite pas davantage cet excès d'indignité dont l'accable notre confrère. Avouons que cette matrone est un peu mûre, mais qu'elle a de fort beaux restes et que dans sa prime jeunesse elle eut des beautés assez séduisantes pour que les législateurs de tous les pays l'aient justement courtisée.

Un cadre légal de 85 ans dans une matière aussi mouvante que fut la psychiatrie est forcément trop serré pour son contenu. Mais, en somme, les avortements successifs des tentatives de révision depuis 55 ans n'ont pas laissé en trop mauvaise posture les victimes des modernes Bastilles, quoi qu'en pensent tant de démagogues et de journalistes à court de copie.



Voyons pourtant les intéressants remèdes préconisés par M. Grinda.

Notons un premier postulat : « Il faut que tout « sujet atteint d'une affection d'ordre psychique « puisse être admis en traitement dans une fondation « adaptée à cet usage sans retard ni formalité préju-

« dicielle autre que celle qu'on exige pour les mala-
« ordinaires ». Rien de mieux.

Trois catégories de psychopathes sont envisagées :
1° le malade simplement inquiet, angoissé, mais encore conscient qui n'a besoin que d'être accueilli avec bienveillance, rassuré, éclairé, conseillé ; 2° l'aliéné dont l'état d'égarément ou d'agitation compromet l'ordre public, enfin 3° l'aliéné qui par ses réactions délirantes et antisociales menace la sécurité des personnes.

Pour les deux premières catégories l'internement ne s'impose pas. Pour la troisième, ce n'est pas certain qu'il s'impose et il est bon de n'infliger le discrédit de la séquestration qu'à la dernière extrémité, quand la maladie est devenue chronique ou incurable.

Or, comme la psychiatrie manque, paraît-il, de criterium pour juger dès l'abord si un aliéné est ou dangereux, ou chronique, ou incurable, il convient d'instituer une *mise en observation préalable*. Et une première réforme s'impose : la création de *quartiers d'observation*, antichambre de l'asile, organe de triage où l'on retiendra le tout-venant, les aigus, les curables, même les aliénés placés d'office jusqu'après discrimination.

Le quartier d'observation pour les autres malades, ouvrira ses portes sans cérémonie. Point d'autorité ni de procédure coercitive.

M. Grinda, qui a réservé ses foudres au médecin, a des trésors d'indulgence pour l'administration investie du pouvoir de se saisir d'un individu qualifié aliéné, et il se livre à une curieuse casuistique qui ne manque point de sel. L'aliéné ne sera point *interné*, mais *mis en observation* par mesure de police. Une mise en observation n'est pas un internement, bien qu'en fait ce soit la même chose. L'internement est un attentat à la liberté. Or, la mise en observation, n'ayant pas pour but d'enfermer, mais de traiter, n'est pas un attentat. La fin justifie le moyen et l'excuse : « Pour les placements ordonnés par l'auto-

« rité, ni certificat, ni enquête n'ont raison d'être,
« car l'autorité ne peut être soupçonnée de se prêter
« sciemment à une séquestration arbitraire. On s'em-
« barrasse à vouloir justifier d'avance le placement
« ordonné par elle, comme si elle était *a priori* sus-
« pecte ! » (*sic*).

Une telle ingénuité ne prêterait qu'à sourire si le médecin, dans l'occurrence, ne restait point seul à monopoliser les plus déshonorantes suspicions. D'aucuns sans doute jugeront légitime d'outrepasser les limites de la simple ironie.

Mais puisque la police ne saurait être suspectée, M. Grinda ne s'arrête pas dans la voie des mesures de *bienveillante coercition*. L'aliéné n'a pas été jusqu'ici traité, mais il va se rattraper. La « mise en observation » prétendra atteindre même les aliénés récalcitrants, sitôt repérés. Nul n'a droit d'échapper au traitement de la folie.

Que dis-je ? Une *présomption* d'aliénation suffira pour justifier l'intervention de la police et la mise en observation. Et alors tout ce qui fut crime dans les attentats auxquels le médecin fut supposé mêlé, n'est plus qu'un bienfait quand c'est accompli par la police agissant avec *intention* pour le bien des malades.

« Pourquoi ne pas étendre le bénéfice (du placement
« d'office) à tous les cas, à ceux où le danger existe
« pour l'aliéné lui-même, *sinon pour autrui*, où sa
« santé morale à défaut même de sa vie est en cause,
« où son esprit troublé, *sinon l'ordre public*, le rend
« inapte à vivre de la vie normale ? Par ce simple
« élargissement d'une procédure.... les déprimés,
« attristés, entravés, obsédés, qui subissent leurs
« épreuves en silence et n'attirent l'attention de leurs
« voisins ou de leurs proches qu'épisodiquement...
« seraient eux aussi traités, sitôt *repérés*. Il pour-
« rait bien advenir que quelques intoxiqués ou fébri-
« citants, quelques délirants par ivresse ou infection
« passagère fussent pris pour des aliénés. *Simple er-*
« *reur d'aiguillage*, puisqu'aussi bien ils eussent été
« dirigés sur l'hôpital ou le violon municipal. Mais

« au prix de cet *inconvenient*, *léger en somme*, pres-
« que tous les aliénés seraient assistés sans retard, et
« la sécurité n'y trouverait que mieux son compte. »

M. Grinda a de ces euphémismes qui sont tout un poème. Les erreurs d'aiguillage des temps passés furent des crimes; mais le crime devient vertu et la faute est vénielle quand elle est mitigée par *l'intention* de bien faire.

Et l'indulgence ne s'impose-t-elle pas ? Car « l'er-
« reur seule est à craindre, non le dol, et dans
« la généralité des cas, il suffit pour l'éviter que la
« *présomption* se justifie de l'attitude, de la tenue, de
« l'habitus extérieur du malade, signalés ou confirmés
« par les dires des agents, des passants, des parents
« ou amis. »

« Pourquoi donc ne pas ordonner simplement que
« tout individu *présumé* atteint d'aliénation mentale
« sera placé d'abord en observation, et que l'enquête
« de police ne viendra qu'ensuite, même s'il y a
« doute, puisque l'aliéné réticent est de beaucoup le
« plus dangereux ? »

Comme l'amour, la philanthropie est aveugle. Jamais les citoyens, grands et petits psychopathes, n'auraient connu un régime de terreur plus ténébreux, si quelque dieu malin leur infligeait demain le système du repérage et de l'assistance forcée ! Pour éviter le mal passé, mal bien problématique, nous tomberions dans la pire des persécutions réelles. Mieux vaudrait à tout jamais laisser somnoler la débonnaire loi de nos pères ! Que les mânes de Pinel nous protègent contre les réformateurs trop zélés !

Mais poursuivons. M. Grinda prescrit, et nous l'approuvons, que l'intégralité des dossiers de police seront communiqués aux médecins chargés de statuer. Point de dossiers secrets dès lors qu'il s'agit d'éclairer pleinement la situation d'un psychopathe menacé peut-être d'un internement. De même l'auteur du projet règle par la négative et sans coup férir la question de l'intervention du pouvoir judiciaire dans les placements. La parole est aux seuls compétents et c'est justice !

Le quartier d'observation, paravent de l'asile, ne serait du reste qu'un département de *la clinique des maladies mentales* où, sous le nom de service *d'aigus*, presque tous les psychiatres ont rêvé l'hospitalisation pure et simple des aliénés curables, à qui des raisons impérieuses n'imposent point la séquestration, même momentanée.

Tel serait alors *l'hôpital* des aliénés par opposition à *l'asile* jouant, vis-à-vis des cas désespérés, le rôle de *l'hospice* : conception parfaite si, selon l'expression même de l'auteur, cette *clinique* n'était pas qu'un « asile en raccourci, muni de tous les moyens de thérapeutique, d'isolement et même de *claustration* usités dans les asiles. » On peut se demander alors à quoi bon troquer son cheval supposé borgne contre un autre doué de la même infirmité. La métamorphose sera-t-elle un vrai progrès uniquement parce que l'institution nouvelle sera hors les murs de l'asile, ou autonome, ou jumelée à un hôpital de ville ? Pur changement d'étiquette ; le fond reste identique jusques et y compris le service médical, confié exclusivement, comme il convient, à des médecins du cadre des asiles.

Mais l'intérêt aveugle porté aux malades par notre confrère devait lui inspirer une dernière mesure inquisitoriale, après laquelle il n'y a plus qu'à tirer l'échelle. Le repérage de l'aliéné, le traitement forcé pour *présomption de folie* appelait la *déclaration obligatoire*. Le malheureux psychopathe, gardé à domicile, sera traqué *dans son intérêt*. Le domicile est comparé à un asile, et si le malade n'est point l'objet de la surveillance administrative à l'hôpital, il le sera chez lui. « Il faut que le médecin traitant soit astreint à faire lui-même, à la préfecture, la déclaration des cas qu'il soigne dans les familles, tout comme pour les maladies contagieuses. »

Il y aurait beaucoup à dire sur cette matière s'il était seulement décent de la retenir, mais il apparaîtra à quelques-uns que le meilleur des expédients pour défendre la liberté, n'est point d'instaurer la tyrannie.

Et pour conclure son double réquisitoire contre l'ancienne loi et contre le médecin, ces deux obstacles de principe au traitement des fous, le rapporteur n'imagine pas seulement de nouveaux modes de refuge pour les malades : quartiers d'observations, clinique des maladies mentales ; il conçoit aussi une réforme de l'Inspection des Asiles, une mise sous tutelle et sous garantie de l'asile et du médecin, grâce à un corps d'inspecteurs offrant toute confiance, permettant enfin l'essor si désirable du traitement de la folie !

La réforme de l'inspection est une innovation qui ne saurait laisser indifférents les médecins d'asile. Sans suivre l'auteur dans l'indéfendable thèse qu'il donne comme soutien à cette réforme, il nous fournit l'occasion d'envisager de sérieux progrès dans la voie où il s'engage. Nous réserverons pour une prochaine étude l'analyse spéciale et la critique de son système.

La procédure de réalisation du projet Grinda tient en quelques mots : l'auteur donne six mois aux départements pour installer au siège d'un hôpital central la *consultation externe gratuite* pour petits psychopathes, petits mentaux, aliénés qui n'en sont pas, demi-quarts de fous, etc. ; c'est le dispensaire d'hygiène mentale.

Il donne deux ans pour l'installation au siège d'un hôpital central d'une *clinique d'observation préalable*. En quinze ans ces deux fondations devront être édifiées en une même formation autonome et indépendante.

Mais, pendant cinq ans, à titre transitoire, on admettra que la clinique soit installée au siège de l'asile d'aliénés.

Quoi qu'il en soit de cette procédure d'exécution sur laquelle on pourrait disserter longuement, nous ne retiendrons du projet Grinda que la conception des services externes. Cela nous permettra de tracer l'esquisse d'une organisation rationnelle de l'assistance aux aliénés, au moment où une intéressante agitation règne parmi nous autour de l'*hygiène mentale*, inspirée des Etats-Unis où depuis 15 ans cette branche

de la psychologie appliquée a pris de splendides développements.



Loin de moi la pensée de rompre des lances contre notre vieille loi de 1838, que M. Grinda ferait aimer, si elle n'était restée respectable pour qui la connaît. Mais nous énumérerons quelques-unes de ses imperfections que la pratique seule devait révéler. Cette critique sommaire démontrera une fois de plus que les lois valent surtout par les hommes chargés de les appliquer. Certaines règles sont devenues odieuses par l'usage que les citoyens incapables ou malveillants en ont fait. *Quid leges sine moribus!*

Il sera toujours vain de rêver les plus belles réformes légales si, concurremment, les citoyens n'ont point fait effort pour s'en montrer dignes. Quel praticien hésiterait à proclamer que la loi de 38 aurait pu et pourrait encore réaliser les plus grands bienfaits, si ses serviteurs avaient toujours voulu en comprendre l'esprit et avaient eu le courage d'en favoriser l'application? Changer la loi n'est pas changer le fonctionnaire.

1° Il serait évidemment mieux que les asiles n'eussent pas une mauvaise presse parmi la foule où il est notoire qu'il est désobligeant d'être fou; c'est une tare inavouée et l'asile aura beaucoup à faire pour se hisser à la hauteur d'un hôpital. On verra sans doute longtemps encore les détraqués se réfugier dans l'oasis de l'hypocrite neurasthénie, avec la complicité des demi-aliénistes incompetents, heureux d'en tirer profit. Mais cela n'est la faute ni de la loi de 38, ni celle des médecins d'asile qui furent quelque peu les martyrs résignés d'une situation contre laquelle ils sont demeurés impuissants.

Si une future loi pouvait cependant concourir à la réforme d'un préjugé vieux comme le monde, réconcilier l'aliéné avec la tare qu'on lui impute stupidement, supprimer finalement les demi et quarts de fous qui ne sont que des concessions maladroites et dan-

gereuses à la vanité populaire, détruire les trop célèbres frontières de la folie au profit d'une conception unitaire plus sensée, plus clinique, plus vraie de la psychopathie, les aliénistes de la carrière ne seraient pas les derniers à s'en réjouir.

La genèse de la tare est d'une extrême complexité. Les services externes réaliseront sans doute un progrès, au moins théorique, jusqu'au jour où ils hériteront du discrédit qui pèse sur notre vieil asile. Souhaitons que les aliénés y viennent vers nous plus vite, plus tôt et avec plus de confiance.

2° On a déploré l'insuffisance du nombre des placements *facultatifs*. Il est vrai que l'hospitalisation de l'aliéné « *bénévole* » ou de l'aliéné présenté par des tiers, sur le même pied que l'interné d'office, a pu rendre impopulaires les placements directs.

Mais il a fallu compter aussi avec les résistances intéressées des assemblées départementales à la dévotion des communes qui lésinent à payer les frais de séjour quand l'internement n'a pas été une nécessité. Nombre de départements auraient pu, comme la Seine, faciliter largement l'accès de leurs asiles, qui ne l'ont point fait malgré les vœux du législateur.

3° Il s'en est suivi que le nombre des placements d'office, ordonnant la rétention avec toutes ses conséquences, a été abusivement grand. Le nombre des internements sans nécessité est énorme. Quand le placement direct n'a point lieu, c'est le placement d'office qui joue automatiquement. Il est commode ; le pli en est pris ; on ne songe pas à mieux faire quand on le pourrait. La loi n'en est point cause ; elle est seulement mal interprétée. Le remède est facile.

4° Il y a trop de placements tardifs. La méconnaissance ou la défectueuse application du placement volontaire n'en sont pas la cause, pas plus que la prévention du public contre les asiles. Il faut compter bien mieux avec la prudence ou la couardise des agents de l'ordre public qui rendent inefficace l'article 19. Il faut avoir commis quelque scandale, ou quelque délit pour obtenir droit d'asile et encore ce droit de-

vient-il fâcheusement obligation. Les campagnes de presse ont créé un état d'âme préjudiciable aux intérêts majeurs des malades et de la tranquillité publique et le fonctionnaire capable de rompre la consigne de l'inertie est rare.

Là encore la loi n'est point coupable et le remède est simple.

5° Aussi simple le moyen d'accueillir tout aliéné capable de requérir lui-même son hospitalisation.

6° Mais il n'est pas seulement souhaitable que le régime des *entrées* obtienne plus de souplesse ; le régime des *sorties* a surtout besoin d'être amendé.

La rigueur de la rétention ne cesse qu'avec l'exeat définitif et la cloison étanche qui sépare l'asile du milieu social réapparaît ici avec son maximum d'inconvénients. Le régime de la *convalescence* a été inconnu du législateur. Il s'ensuit que de nombreux internements se prolongent sans nécessité. L'internement d'office, injuste quand il n'est point nécessaire, transforme d'autre part l'asile en un lieu d'inexorable rétention pour nombre d'aliénés chroniques à jamais privés des bienfaits de la vie libre.

Là encore on eût pu mieux faire, mais il a fallu se heurter à l'incurable veto d'administrations à l'esprit inextensible, à l'insensibilité d'agents rivés aux textes. Il y eut d'heureuses exceptions, mais il est bon que cesse l'arbitraire.

On pourrait aller plus loin dans la cueillette des imperfections. Celles-là sont parmi les plus essentielles. Y remédier serait déjà grandement améliorer la loi. Nous rejoignons ici M. Grinda dont nous pourrions nous approprier en partie les conclusions sans arrière-pensée, dégagées qu'elles seront maintenant de son argumentation si péniblement tendancieuse.



Trois postulats majeurs, par suite trois directives devront inspirer les réformes de demain :

1° *Centraliser hors de l'asile clos l'assistance des psychopathes non internables.*

2° *N'interner les autres qu'in extremis, après épuisement des moyens de cure en liberté...*

3° *Faire cesser le régime de l'internement dès qu'il ne s'impose plus comme une nécessité...*

En un mot le placement d'office à la diligence de l'autorité, sous sa responsabilité et sous son contrôle, ne s'imposera plus que dans les cas exclusivement et pour la durée seulement où l'aliéné sera cause de trouble ou de danger.

Corollairement, tout aliéné qui a cessé de répondre à cette définition doit reprendre automatiquement sa place parmi les simples assistés.

L'ancienne loi prévoyait la transformation d'un placement direct en placement d'office. La future loi comblera l'oubli de l'ancienne en ordonnant la transformation du placement d'office en placement volontaire, à la diligence du médecin traitant.

Ces lignes délimitent pratiquement à mon sens le criterium auquel on reconnaîtra l'aliéné susceptible d'appartenir aux cliniques psychothératiques. Le « petit psychopathe », disons mieux, le « psychopathe » tout court, hôte futur des services externes, n'a rien à voir avec un diagnostic nosographique ; il est défini par son attitude et ses modes de réaction auxquels un psychiatre exercé ne se trompe pas. La seule excuse qu'ait l'autorité pour attenter à la liberté d'un fou est sa mission de protéger l'ordre public. Elle ne saurait être mieux guidée dans l'espèce que par le médecin traitant.

Tels sont les principes que j'ai défendus devant la 4^e section du Conseil Supérieur.



Comment en concevoir la réalisation dans une nouvelle loi qui refondrait totalement le régime de l'assistance des aliénés ? Ce n'est pas d'aujourd'hui que la réforme appuyée sur les postulats que j'ai indiqués a été envisagée. Il y a tout un système harmonique d'assis-

tance construit sur le principe seul du respect de la liberté qui a été défini chez nous déjà il y a de nombreuses années et même en partie réalisé. L'heureuse agitation qui se dessine en faveur de l'hygiène mentale et auquel M. Toulouse attache présentement son nom rénove et popularise un fait acquis déjà à la théorie et à la pratique.

Sans parler de la colonisation méthodique auquel il est juste d'accoler le nom de Marie, je citerai seulement la part qu'a prise à la réforme du régime des aliénés le Conseil Supérieur de l'Assistance Publique. Si nous ne vivions pas en France, où le culte du Carton Vert est un pur principe, il y a belle lurette que des réformes auraient sauté dans la vie pratique.

Le Conseil a statué sur le régime applicable aux intoxiqués aliénés ; il a pourvu à l'assistance méthodique de l'aliéné hors des asiles et conçu le patronage des fous comme un service public de premier ordre. Il a, sur le rapport de Briand, conçu la prise en charge par la loi sur l'assistance médicale gratuite de l'aliéné non internable, au même titre qu'un malade quelconque. Mais c'est en 1903 surtout que faisant droit aux conclusions mêmes de mon rapport sur l'organisation de *la convalescence des aliénés*, le Conseil a admis tout le plan général de réforme de l'Assistance des aliénés tel qu'on a pu le voir prendre forme petit à petit dans la pratique étrangère et qu'il prendra forme chez nous un jour.

Ce plan était contenu dans les conclusions que voici et que je me permettrai de citer :

« Il y a trois échelons de secours et d'assistance
« pour l'aliéné : le premier, pour les cas d'urgence,
« c'est l'asile ; le second, pour les cas de moyenne
« urgence, c'est le quartier de convalescence ; le troi-
« sième, pour les cas sans urgence ou à urgence éven-
« tuelle, c'est le *milieu social* et les *œuvres*. Traite-
« ment de l'aliéné, traitement du convalescent, *pré-*
« *vention* de la folie, telles sont les trois étapes *cen-*
« *trifuges* de l'asile.

« Lorsque l'organisation générale de l'assistance de

« l'aliéné aura conçu les trois échelons inverses *çen-*
« *tripètes* de l'asile, dont le dernier, l'asile existe
« seul, dont le premier n'est qu'à l'état d'ébauche, à
« savoir le *milieu social* avec son rôle *prophylactique*
« et dont l'intermédiaire, le *quartier d'observation* ou
« *hôpital d'aigus*, est tout à créer, on pourra dire que
« le cycle est complet et que l'on aura fait pour l'alié-
« né tout ce que la raison, la charité et la science
« réunies peuvent faire. »

Le Conseil vota le principe des *quartiers de conva-*
lescences où les malades jouiraient d'une liberté spé-
ciale réglée par le médecin. Il émet le vœu que le sys-
tème des sorties d'essai et des congés soit généralisé.
Il émet un vœu tendant à la généralisation du traite-
ment familial et de la colonisation et confirme ses
précédentes conclusions en faveur de l'organisation
des œuvres de patronage.

Il y avait là toute la substance des créations qui,
cinq ans plus tard, devaient voir le jour aux Etats-
Unis et y prendre sous le nom d'*Hygiène* et de *Prophy-*
laxie mentale l'admirable essor dont j'ai entretenu
la Société médico-psychologique en décembre 1920 (1).
La réforme était décidément en l'air. Elle était du
reste sous d'autres apparences éclore en d'autres lieux
et sur d'autres terrains. Son mot d'ordre unique était :
décentraliser de plus en plus, en la remplaçant dans le
milieu social lui-même, l'assistance des déficients de
l'esprit, de quelque nature qu'ils soient ; associer ce
milieu à la cure et à la prévention par esprit de soli-
darité sociale, rendre les foyers de rétention humaine
aussi peu nécessaires que possible. Œuvres de charité
commune et de philanthropie en même temps qu'œu-
vres de sécurité raisonnée, telles apparurent la plupart
des institutions d'hygiène sociale depuis tantôt 20 ans,
y compris celles d'hygiène mentale et morale qui n'est
qu'un chapitre de cette dernière.

(1) Voir *Annales*, janvier 1921.



Il m'apparaît qu'à la lumière des directives que j'ai résumées précédemment et qui me semblent répondre à la moyenne générale des idées parmi les médecins rompus à la pratique des aliénés, on pourrait schématiser l'assistance future des aliénés de la manière suivante. Prière au lecteur de suivre la description sur le dessin ci-joint qui donne une vue à vol d'oiseau du service et qui me dispensera d'entrer dans des détails trop compliqués.

L'ancien asile, allégé de toutes les unités qui le surchargeaient, perd de son importance et n'est plus que l'étape ultime, désespérée en quelque sorte, qui termine, au moins momentanément, la carrière de l'aliéné. Au lieu d'être le centre attractif unique, il cède ce rôle à des relais disséminés comme autant d'échelons de secours sur une voie centripète prenant ses origines dans le milieu social.

Le principal de ces relais, le véritable asile de traitement, l'âme même de l'assistance opérante, c'est la *clinique mentale*, dispensaire de psychiatrie, centre collecteur des aliénés non internables, jouant le rôle de l'hôpital, dispensaire psychiatrique ; agent simultanément de tout le travail de prophylaxie, de l'orientation des idées, de la propagande en faveur de l'hygiène mentale ; agence de renseignements et de recherches à la disposition de quiconque est en peine de directives touchant la valeur des cerveaux humains appliqués à tous les modes de l'activité sociale et à tous les besoins sociaux ; foyer d'enseignements pour quiconque s'intéresse à la psychiatrie (médecins, étudiants, infirmiers, service social, etc.).

On trouve les prototypes de pareils services dans certaines cliniques célèbres du Nouveau-Monde, telles que celle du Professeur Meyer, de Baltimore.

Tel est l'hôpital pour aliénés qu'en langage conventionnel nous appelons *aigus*, hôpital qui joue le rôle d'un *préasile*, barrière filtrante pour les malades qu'un traitement relativement court doit acheminer vers la

guérison ou vers un retour possible vers le milieu social, amélioré et plus humainement réceptif que par le passé, grâce au service irradiant dont il va être question.

Ce *préasile* est muni de tous organes de traitement, de recherche, du personnel expérimenté exigés par les aigus. Il doit se suffire à lui-même comme il suffira à un grand nombre d'aliénés, évacués en temps opportun sur la section de convalescence qui préparera leur retour au dehors. Mais il sera flanqué du service de consultation pour les aliénés non hospitalisables ou traitables en ville grâce à un service *tentaculaire* de secours à domicile, dont les agents seront dressés à la Clinique psychiatrique.

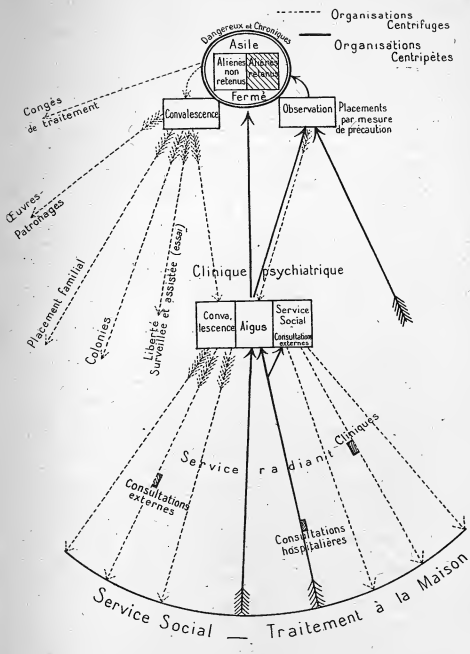
La clinique est ainsi en liaison permanente par des voies centrifuges et centripètes avec le milieu social polymorphe, aujourd'hui tout à fait passif ou même hostile et qui doit être conquis à l'œuvre de protection des aliénés. La France y sera-t-elle plus réfractaire que d'autres nations ? Nous ne voulons pas le croire. En tout cas il est bon de rappeler que parfois la fonction a créé l'organe. Prévoyons donc la fonction.

L'éparpillement de l'effort thérapeutique, grâce à une coopération jusqu'ici inaperçue, diffuse les bienfaits de la psychiatrie appliquée au lieu de les centraliser entre les murs de l'asile qui a cessé de plaire.

De courts relais sont disséminés *ad libitum*, sur les voies d'accès du préasile et représentés par les divers centres de consultation médicale (policlinique, hôpitaux, etc.) dont l'initiative reste toujours libre.

Tel est le premier échelon de secours, formant un vaste réseau dont on peut varier, multiplier, étrécir, élargir les mailles selon ses disponibilités et les dispositions humanitaires de son esprit.

Un autre échelon est le quartier *d'observation*, lieu de réception pour l'aliéné placé par voie d'autorité, lieu de classement, de sélection, de répartition, lieu de passage rapide, ce *para-asile*, antichambre de l'asile, échelon suprême si l'internement est inévitable.



ble, mais qui, grâce à sa liaison avec la clinique, peut encore se débarrasser sans plus tarder sur cette dernière des aliénés aigus qui peuvent, et par suite doivent, échapper au contrôle de l'autorité.

La clinique est naturellement en connexion avec le quartier d'observation, comme elle l'est avec l'asile lui-même, s'il advient qu'un aigu ne saurait s'accommoder plus longtemps du préasile.

C'est au quartier d'observation que commence seulement la surveillance officielle de l'aliéné. Ce quartier se vide directement dans l'asile, dernier échelon de secours pour dangereux et chroniques à rétention nécessaire.

Mais cet asile fermé s'ouvre à plein canal vers un premier échelon centrifuge, *quartiers de chroniques non dangereux*, par suite « non retenus » et seulement hospitalisés, puis vers un second échelon, quartier de convalescence aux nombreuses voies d'accès vers la vie libre.

3^e échelon. — Cet échelon est un carrefour plongeant ses nombreux organes tentaculaires vers toutes les régions du corps social où l'aliéné libéré, faible encore, mais adaptable, peut et doit trouver du secours : Œuvres de patronage, Placement familial, Colonies, liberté surveillée et assistée (libération sur parole usitée aux Etats-Unis), service social et service de convalescence déjà en fonction à la clinique psychiatrique, etc.

La vue du schéma ci-contre permet de combiner facilement et à volonté toutes les liaisons possibles entre les services. Il est aisé d'en déduire que l'effort constamment soutenu des services est de n'enlever au corps social ses déficients mentaux qu'en cas d'absolue nécessité et de les restituer à ce même corps social dans le plus bref délai.

C'est avec peine qu'on accède à l'asile ancien modèle, c'est avec facilité qu'on en sort.

Il semble inutile d'ajouter que dans la pratique et suivant les nécessités budgétaires, les échelons de secours centripètes de l'asile, y compris la clinique

psychiatrique, pourraient être jumelés avec l'asile, du moment que leur autonomie et leur indépendance seront consacrées. Mais il sera toujours mieux que la ou les Cliniques, avec leur service tentaculaire, soient des formations intra-urbaines où elles pourront seulement produire tout leur effet utile.

Tel est le sens des conclusions que j'ai présentées à la 4^e Section du Conseil Supérieur et que l'Assemblée plénière de juin discutera. Nous croyons qu'elles pourraient largement contribuer à rajeunir la loi et permettre l'intégration complète de l'Assistance des aliénés, en utilisant les institutions existantes et par suite sans obliger à de lourdes dépenses de première installation.

LES RÉMISSIONS DANS LA PARALYSIE GÉNÉRALE

(ÉTUDE CLINIQUE ET HUMORALE)

Par René TARGOWLA, Mlle BADONNEL et G. ROBIN

Suite et fin (1)

ETUDE HUMORALE

Les éléments caractéristiques du « syndrome humoral » (J. Haguenau) sont les suivants :

Réaction de fixation positive dans le sang et le L. C. R. ;

Réactions colloïdales positives dans le L. C. R. ;

Hyperalbuminose avec excès de globulines ;

Leucocytose (formule lymphocytaire).

La leucocytose a été déterminée au moyen de la cellule de Nageotte, l'albumine dosée au rachi-albuminimètre de Sicard et Cantaloube, les globulines caractérisées par la réaction de Pandy à l'acide phénique, à la fois la plus simple et la plus sensible (2).

Parmi les réactions de floculation du L. C. R. qui ont été proposées, nous avons adopté la réaction de Guillaumin, Laroche et Léchelle au benjoin colloïdal, d'exécution relativement facile et d'une grande sensibilité. Chez les paralytiques généraux, cette réaction prend un type particulier — non absolument pathognomonique, d'ailleurs — caractérisé par la précipitation complète du benjoin dans les cinq premiers tubes de la série et au delà [222222222210000 dans sa forme la plus fréquente (3)].

(1) Voir *Annales Médico-Psychologiques*, Mars 1922.

(2) Cf. E. DUHOT et R. TARGOWLA. La recherche des globulines dans les liquides céphalo-rachidiens pathologiques par la réaction à l'acide phénique. Soc. de clin. Méd. ment., 1^{er} juillet 1921. *Bull.* n° 7, 1921, p. 266.

(3) René TARGOWLA. *Loc. cit.*

La réaction de fixation dans le sérum et le liquide céphalo-rachidien a été pratiquée avec une grande obligeance, soit à l'Institut prophylactique du D^r Vernes, soit par notre ami Ed. Peyre au laboratoire de l'Hospice Paul-Brousse. Dans la réaction de Vernes, T₈ représente les réactions négatives ; les réactions positives sont notées de T₇ à T₀. Peyre emploie la méthode des dilutions avec une notation commode (1) (0 Σ : réaction négative ; 0,2 Σ ; 0,5 Σ ; 1 Σ ; 2 Σ ; etc. : réactions positives correspondant à des dilutions de 1/2, 1/5, 1/10, 1/20, etc.).

Dans les *formes à évolution lente*, la lymphocytose et l'albuminose diffèrent assez peu de la formule habituelle de la paralysie générale. Il n'en est pas de même de la réaction du benjoin, qui prend un type atténué (précipitation complète ou incomplète dans le 1^{er} tube, incomplète ou nulle dans le 5^e ou les 4^e et 5^e tubes). Telle est la forme de la réaction dans les observations IX, X, XI et XII (22221-22220-22210-12220).

La réaction de Bordet-Wassermann est le plus souvent positive ; elle peut cependant se montrer négative avec les techniques habituelles (méthode de Vernes, — réaction de Wassermann —, méthode des dilutions avec dilution minima au 1/10) comme dans le cas IX.

Dans les *rémissions vraies*, il n'est pas rare de voir l'albuminose revenir à un taux normal (obs. I, II, V, X) ; la réaction de Pandy, néanmoins, reste positive (obs. V exceptée).

La leucocytose est habituellement très faible, mais nous ne l'avons vue tomber au-dessous de la limite pathologique que dans un seul cas (obs. V). C'est, dans toutes les formes de syphilis nerveuse, le stigmate le plus tenace, celui qui disparaît le dernier.

Quant à la réaction du benjoin, elle est, comme dans les formes lentes, plus ou moins atténuée. Elle prend même parfois (obs. II, V, VI) le type résiduel décrit par l'un de nous (*Soc. de Biol.*, 16 juillet 1921).

(1) Edouard PEYRE, Intérêt de la méthode des dilutions dans la réaction de Bordet-Wassermann. *Presse méd.*, 19 janvier 1921.

Avec les techniques les plus employées (notamment la réaction de Wassermann type, la réaction de Hecht ou la réaction de Vernes), la réaction de fixation est négative. C'est là un élément diagnostique intéressant. Toutefois, si l'on utilise des procédés plus sensibles (dilution du L. C. R. à 1/5, 1/2 dans la méthode des dilutions), la réaction redevient positive (obs. II, III, IV, VI, IX, X). D'autre part, le B.-W. du sang reste presque toujours positif et cette dissociation peut être utile au diagnostic.

En résumé, les rémissions de la paralysie générale se caractérisent, au point de vue humoral, par l'atténuation de la réaction du benjoin, la disparition de l'hyperalbuminose, la réduction, le plus souvent incomplète, de la leucocytose et la disparition du B.-W. (par les méthodes habituelles). La réaction de l'acide phénique et la lymphocytose disparaissent en dernier lieu, de même que la réaction de Guillain, Laroche et Léchelle qui persiste longtemps avec un type résiduel.

Il nous a paru intéressant de rapprocher de ces faits un exemple, qui réunit en un seul cas ce que Gilbert Ballet a appelé les pseudo-rémissions et les rémissions-arrêts.

OBS. XV (1). — Bu..., 37 ans, est interné en 1919, atteint de paralysie générale classique, avec agitation et idées de grandeur.

Les symptômes surajoutés disparurent (pseudo-rémission), puis l'état du malade parut se stabiliser (arrêt). Cette accalmie dura environ un an et demi; pendant ce temps, Bu... travailla régulièrement à l'asile, bien que présentant un syndrome paralytique net. Puis, en quelques jours, il s'affaissa, maigrit, devint gâteux, en même temps que les symptômes moteurs et psychiques s'accroissaient.

Deux ponctions lombaires ont été faites pendant la période d'arrêt. Elles montrent que la méningo-encéphalite a continué d'évoluer sourdement et expliquent la déchéance soudaine et rapide du malade.

(1) Cette observation a été rapportée successivement par V. SARAZIN (*Thèse de Paris*, 1920, p. 19) et par G. GIRAUD (*Thèse de Paris*, 1921, p. 13), qui ont noté tous deux l'état de rémission apparente.

DATES	B.-W.	Leuc.	Alb.	R. PANDY	R. GUILLAIN
10-III-21	+	52,2	0,65	++++	222222022222000
21-VII-21	+	41	0,60	»	2222222222220000

Le syndrome humoral est ici le syndrome type de la paralysie générale évolutive normale.

CONCLUSIONS

Les rémissions de la paralysie générale sont caractérisées cliniquement par la disparition des gros signes démentiels, notamment des troubles de la mémoire. Les malades ont une conscience partielle de leur état, portant sur les manifestations antérieures à la rémission et sur les signes physiques. Mais, dans l'ensemble, les symptômes psychiques sont simplement atténués ; ils n'ont pas disparu. Et lorsque ces sujets sont capables d'une vie normale, c'est d'une vie réduite, routinière et leur insuffisance mentale est aisément mise en relief par un simple interrogatoire ; ce sont les fonctions supérieures d'association et de synthèse mentales qui restent définitivement lésées.

Ces faits apportent à l'étude de la démence en général une contribution qui n'est pas sans intérêt.

Les symptômes physiques restent sensiblement stationnaires et contrastent de façon frappante avec l'affaiblissement intellectuel peu apparent. Souvent la réflexivité irienne est conservée, en dépit d'une évolution déjà longue. Par contre, les symptômes médullaires sont susceptibles de notables variations.

Cet ensemble de signes forment un syndrome caractéristique des rémissions qu'avait déjà observé Bayle. Il l'a résumé en une phrase qui peut être la conclusion de la partie clinique de cette étude : ces malades « ne recouvrent point la santé. Ils jouissent de la raison, mais leurs facultés sont faibles et ils conservent un embarras plus ou moins marqué dans la prononciation » (1).

(1) J. BAYLE. *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris, 1826, p. 532.

De même, le syndrome humoral apparaît comme un syndrome paralytique atténué. Dans sa forme la plus voisine du type normal, il présente simplement une intensité plus faible de la réaction du benjoin. A un stade plus avancé, l'albuminose revient à un taux normal, la réaction de Bordet-Wassermann devient négative (du moins par les méthodes courantes), la réaction du benjoin se réduit davantage ; enfin la réaction de Pandy et même la lymphocytose — déjà ramenée à un taux minime — peuvent disparaître à leur tour, la réaction du benjoin prenant un type résiduel. La rémission humorale la plus accentuée que nous ayons constatée (obs. V) était caractérisée uniquement par cette forme résiduelle de la réaction colloïdale. Il y a lieu d'observer, d'ailleurs, qu'elle ne correspond pas à la rémission clinique la plus nette.

Cette constatation nous amène à envisager le problème de la guérison de la P. G. Théoriquement, à en juger par la dégradation progressive du syndrome paralytique dans nos observations, elle paraît possible (1), même au point de vue humoral. Elle peut, du reste, s'accompagner d'un reliquat démentiel définitif, qui, parfois, perd ses caractères spécifiques (comme dans les obs. VII et XI, par exemple). Ce fait expliquerait les formes très prolongées de la maladie de Bayle que l'on ne peut plus identifier cliniquement (Arnaud) ni par la ponction lombaire (Haguenau) (bien qu'il s'agisse, sans nul doute, dans certains cas, d'erreurs de diagnostic). Par contre, la guérison clinique apparente peut s'accompagner d'un syndrome humoral atténué (2) et n'est alors qu'une rémission.

Dans les formes à évolution lente, le syndrome humoral n'est pas sensiblement différent de celui des

(1) M. ROGUES DE FURSAC (*Soc. de Psych.*, 18 mars 1920) en a cité un cas fort intéressant avec disparition des symptômes mentaux, persistance de la dysarthrie et des signes oculaires que, malheureusement, il n'a pu suivre.

(2) M. TOULOUSE, dans la discussion de ce mémoire à la *Société médico-psychologique*, a fait ressortir l'intérêt de ce fait dans les cas de guérison rapide pour lesquels on a tendance à suspecter le diagnostic, alors qu'il s'agit peut-être de P. G. légitimes.

rémissions ; toutefois, la réaction de fixation (Wassermann, Vernes) est plus souvent positive.

Ce fait éclaire la signification des rémissions. M. Ravaut a montré que les symptômes liquidiens de la syphilis nerveuse sont l'expression non d'un état anatomique, mais d'un processus dynamique. L'un de nous (1) a précisé l'intérêt de cette notion pour l'interprétation des réactions colloïdales qui sont liées, en particulier dans la maladie de Bayle, à l'intensité de la méningo-encéphalite et révèlent un processus en évolution. De même, MM. Duhot, Crampon et Brégi (2), Guillaïn, Laroche et Léchelle (3) ont insisté sur cette signification évolutive de la réaction du benjoin.

Dès lors, les rémissions n'apparaissent plus comme une rétrocession ou même un arrêt dans la marche progressive de l'affection, mais simplement comme un ralentissement plus ou moins marqué, plus ou moins durable, de l'évolution qui peut ensuite continuer à progresser à une allure parfois extrêmement lente, reprendre (obs. I, VII et XII) une marche normale, peut-être même s'arrêter définitivement.

Les pseudo-rémissions et les rémissions-arrêts de G. Ballet s'accompagnent d'un syndrome humoral typique et sont, à des degrés différents, de fausses rémissions, pendant lesquelles la méningo-encéphalite évolue normalement, mais silencieusement.

(1) René TARGOWLA. *Loc. cit.*

(2) E. DUHOT, P. CRAMPON et L. BRÉGI. La réaction du benjoin colloïdal dans le liquide céphalo-rachidien. *L'Echo médical du Nord*, n° 36, 10 septembre 1921, p. 337.

(3) Georges GUILLAIN, Guy LAROCHE et P. LÉCHELLE. La réaction du benjoin colloïdal : sa technique, sa valeur sémiologique. *Presse médicale*, n° 78, 28 septembre 1921, p. 773.

Documents Cliniques

MÉDECINE LÉGALE

Folie simulée chez un dégénéré inintimidable, inculpé de vol. Quartier de Sûreté

Par le D^r A. PRINCE,

Médecin de l'Asile de Hœrdt

La simulation de la folie a été l'objet d'interprétations souvent contradictoires. Guido Garbini (1) émet une hypothèse sans démonstration lorsqu'il la considère comme une véritable entité morbide, une folie spécifique du criminel-né. Pour Garnier (de Dijon) (2), elle ne constitue pas une présomption d'insanité d'esprit puisque « sous un certain mode, elle démontre au contraire la vigueur intellectuelle du sujet », et accentue sa responsabilité. La plupart des auteurs cependant ont généralement observé la simulation chez des individus fortement tarés où elle ne constitue parfois qu'un symptôme surajouté. Pour M. Chavigny (3), presque toujours les grands simulateurs sont des malades et le nombre des véritables exagérateurs n'est pas considérable. M. Mairet (4) exprime la même opinion : le simulateur est un taré dans son système nerveux, et sa responsabilité se trouve atténuée. Il est dès lors facile avec Raimann (5), avec Parant (6) de concevoir

(1) GUIDO-GARBINI. — *Contribution à l'étude de la simulation de la folie. Il manicomio*, 1903, p. 2.

(2) Annales méd. psychol., 1910. *L'affaire d'incendie de la Villeneuve-aux-Fresnès* (folie simulée chez les 4 inculpés).

(3) CHAVIGNY. — *Diagnostic des maladies simulées*.

(4) MAIRET. — *La simulation de la folie*.

(5) RAIMANN. — *Jahrb. für Psych. und Neurol.* XXII. Ueber simulation vom Geistesstörung.

(6) PARANT. — *Note sur la transformation de la folie simulée en folie véritable. Ann. méd. psych.*, 1885.

des faits de simulation ayant abouti à une véritable aliénation mentale. Cette transformation sera vraisemblablement le sort réservé à l'évolution ultérieure du malade dont voici l'observation :

FAITS. — Le 3 août 1920, X... se présente à la caisse d'une banque de Strasbourg et demande à parler à un nommé R... Le caissier ayant répondu qu'il ne connaissait personne de ce nom, X... fait semblant de partir, puis subitement, il se retourne, s'empare d'une liasse de billets de banque de 1.400 francs qui se trouvait à proximité du guichet et s'enfuit rapidement sans qu'on ait pu le rejoindre.

Huit jours plus tard, il vient spontanément rapporter au commissariat de police 876 fr. disant qu'il s'agit là d'un reliquat de somme volée dans des circonstances qu'il ne se rappelle pas. Il décline ensuite son identité, son domicile, et ajoute qu'il a déjà subi d'autres condamnations. Ces déclarations ont été reconnues exactes, sauf peut-être l'allégation de perte de mémoire.

Incarcéré, X... se montra violent vis-à-vis du personnel de la prison, blessa un surveillant et brisa à plusieurs reprises divers objets de sa cellule. Dans son rapport médico-légal, le Dr Courbon conclut que ces troubles psychiques, susceptibles d'être simulés, ne présentent pas de caractères suffisamment nets pour qu'on puisse les rattacher sûrement à une cause pathologique et estime que pour trancher le diagnostic il est besoin d'une observation plus longue dans un asile d'aliénés.

Envoyé suivant ces conclusions à la clinique psychiatrique de Strasbourg, X... jeta le trouble parmi les autres malades et continua ses violences vis-à-vis du personnel. M. le Professeur Pfersdorff, chargé de dresser un rapport médico-légal, ne put le conserver qu'un temps insuffisant pour s'acquitter de sa tâche et au bout de quelques jours, « considérant que ce détenu présente un danger imminent pour son entourage, que la Clinique ne possède pas les moyens de coercition nécessaires pour protéger la vie des autres malades contre un pareil criminel, que la maison forte de Hoerdts peut seule donner des garanties suffisantes pour une observation médico-légale », demande son transfert d'urgence au quartier de sûreté.

EXAMENS MENTAL ET PHYSIQUE. — X... entre à l'asile de

Hoerdé le 16 septembre 1920, le corps couvert d'ecchymoses provenant des luttes engagées contre les infirmiers de la clinique. Son transfert n'avait été possible que grâce à des injections calmantes.

Placé d'abord dans la salle d'observation qui comprend plusieurs lits, il ne put y être maintenu, car il recommença presque aussitôt à frapper son entourage, et je dus l'isoler dans une cellule de sûreté. — Désigné comme expert, je ne pus formuler des conclusions qu'après deux mois d'observation.

Les six premières semaines furent des semaines de violente agitation, avec de fréquentes périodes de calme de courte durée. X... se tient habituellement couché sur son lit, mais dès qu'on essaye de l'approcher il se lève comme mû par un ressort, se lance contre l'entrant quel qu'il soit sans mot dire et cherche à le frapper à coups de poings, et parfois à coups de pieds. Maîtrisé par les infirmiers, il se met à leur crachoter à la figure. On ne peut obtenir de lui aucune réponse, son mutisme est absolu. Il riposte uniquement par des crachats. Les infirmiers ont de la peine à gagner la porte, car dès qu'ils le lâchent, X... se précipite à nouveau sur eux. Ne pouvant les atteindre, il se venge contre la porte qu'il frappe à coups redoublés, surtout au niveau des lucarnes d'observation qu'il croyait d'abord pouvoir briser facilement, mais qui, composées d'un verre très épais, résistent à tous ses efforts, à son grand désappointement. Il se tourne alors contre son pot de chambre en carton durci qu'il brise contre les murs, déchire ensuite sa chemise, sa literie, répand ses excréments sur le parquet de la cellule et en badigeonne les parois. Lorsqu'on lui apporte sa nourriture, il saisit aussitôt le récipient et le lance sur le plancher ou à la tête de l'infirmier.

Telle fut son attitude pendant les premiers jours. Chaque fois qu'on lui donnait du linge, il le déchirait ; il brisa 4 vases de nuit. De sorte que je fus obligé de le laisser nu sur une paille avec une simple couverture, extrêmement résistante, à l'usage des grands agités.

Une fois, après qu'il eut jeté sa nourriture sur le parquet, se figurant sans doute n'être plus observé, on le vit la ramasser avec ses mains et s'alimenter. Le pain laissé dans sa cellule le soir avait disparu le lendemain. Pendant toutes les scènes à grands fracas, ses yeux étaient sans éclat, et sa physionomie relativement sereine, con-

trastait avec le reste de son attitude. Au plus fort d'un accès de violence, j'ai pu, en le faisant maintenir, compter son pouls, constater qu'il était régulier et ne comptait que 72 pulsations. Sa langue, humide, ne fut jamais saburrale. Les nuits ont toujours été calmes et remplies d'un sommeil paisible.

Au bout de quelques jours, son agressivité s'estompe. Lorsqu'il se sent observé ou lorsqu'on pénètre dans sa cellule, il se lève, se tient debout dans un coin, lance des coups de poing et crachotte dans le vide, fait d'une façon stéréotypée des mouvements alternatifs d'abaissement et d'élévation des épaules, dodeline de la tête. La plupart du temps, il se confîne dans un mutisme absolu, ou, à d'autres moments, il répond à côté des questions en paraissant faire des efforts pour chercher ses mots et rassembler ses souvenirs. Voici quelques-unes des notes prises au jour le jour.

21 septembre. « Je suis malade, répond-il, j'ai une maladie de nerfs, j'ai déjà été à la clinique nerveuse de S... en Allemagne. Il faut me pardonner, je veux rester tranquille maintenant, je veux travailler. Si j'ai volé, je ne le voulais pas ; je me suis présenté moi-même parce que j'étais malade. » Il dit ne savoir ni l'année, ni le mois, ni la date, et ignorer si nous sommes en été ou en hiver.

23 septembre. Hier a passé une journée calme et s'est alimenté. Ce matin, vers 9 heures, à la visite, lance son vase de nuit à la tête de l'infirmier qui ouvre la porte, frappe à coups de pieds et de poings contre les murs, en prenant soin toutefois de le faire modérément, se gifle la figure, fait des grimaces, contracte ses muscles des bras et du cou, grince des dents, roule les yeux, le tout sans prononcer aucune parole, et sans qu'on puisse obtenir aucune réponse.

25 septembre. Après deux jours de mutisme, répond ce matin par un murmure incompréhensible, puis, subitement, se jette sur les infirmiers, crachotte et grimace.

27 septembre. Nouvelle scène d'agitation. Se frappe la tête contre la porte, menace à travers la lucarne. Dès qu'il ne se sent plus observé, il va s'asseoir tranquillement sur sa paillasse. Apparition d'un othématome de l'oreille gauche.

29 septembre. Se montre calme, bien orienté, demande s'il est condamné. « Je voudrais qu'un médecin me dise : vous êtes malade, et l'on fera des exceptions avec vous. »

3 octobre. Après une scène agressive vis-à-vis du médecin, répond sur un ton larmoyant, demande à travailler, promet d'être sage. Puis il se frotte les mains convulsivement et demande s'il est déjà condamné.

Depuis le 1^{er} novembre, X... se montre calme, s'alimente régulièrement. J'ai pu lui redonner sa literie et ses effets.

Ses réponses restent cependant empreintes d'une grande circonspection. On n'observe ni idées délirantes, ni hallucinations. Toutefois le 9 novembre, comme je lui demandais, d'après un renseignement du dossier, s'il n'avait pas voyagé en Angleterre, il s'arrête brusquement, réfléchit et répond : « je suis le bon Dieu », sur un ton totalement indifférent, puis se confîne dans un mutisme absolu. Une autre fois, il tire la langue aux infirmiers et leur fait un pied de nez.

Ses facultés intellectuelles paraissent indemnes ; sa mémoire est bien conservée, et il donne souvent le lendemain les renseignements qu'il prétendait avoir oublié la veille. Il sait lire et écrire couramment, et possède les notions d'un bon primaire. Toujours présent il cherche maintenant à améliorer sa situation, demande à travailler pour gagner quelque argent, s'inquiète de sa famille à laquelle il veut écrire pour obtenir quelques douceurs.

Dès qu'on l'interroge sur les circonstances de son vol, il devient plus réticent et reste sobre d'explications. Il est entré dans la banque sans trop savoir pourquoi, dit-il, puis ayant vu de l'argent, il l'a pris et s'est sauvé. Il a d'abord été à Metz où il a dépensé une partie de cet argent « à boire et à faire la noce » avec des femmes. Il prétend que s'il en a rapporté une partie à la police, c'est parce qu'il était saisi de remords de conscience.

Interrogé sur les motifs de ses violences agressives, il oblique, et répond presque invariablement : je l'ai fait, mais ne recommencerai plus.

Au point de vue physique, X... est un grand et fort gailard de 27 ans. L'examen thoracique et abdominal est négatif. Les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. La sensibilité cutanée est normale. On ne note aucun trouble des réflexes tendineux ni cutanés. Les pupilles égales réagissent bien à la lumière et à l'accommodation. Aucun embarras de la parole aux mots d'épreuve. Aucun tremblement de la langue, ni des doigts. La réaction de Wassermann est négative dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien. Ce dernier renferme 0 gr. 23 d'albumine par litre,

et offre une très faible hypercytose avec présence exclusive de quelques lymphocytes. L'othématome qu'il s'était occasionné en se frappant la figure avec ses mains ou contre les murs est actuellement en voie de régression. On n'a constaté aucune manifestation épileptique, ni hystérique.

Dans les antécédents, nous voyons que X... a déjà subi 4 condamnations : en 1908, pour infraction à la loi sur le séjour des étrangers à 16 fr. d'amende ; en 1910, pour coups et blessures à 3 mois de prison ; en 1912, pour vagabondage, à 6 jours de prison ; enfin, plus récemment, pour vol qualifié et résistance à un an de prison qu'il a accompli intégralement à l'établissement pénitentiaire de Phalsbourg, d'où il a été libéré le 12 juin 1920, soit exactement six semaines avant l'accomplissement du vol dont il est inculpé.

D'après le dossier judiciaire, il fait partie d'une nombreuse famille de souteneurs et de repris de justice, redoutée à Strasbourg. Lui-même a toujours mené une vie irrégulière, faite de vagabondage, de paresse, d'instabilité au cours de laquelle il a constamment cherché à satisfaire ses instincts pervers. Nous voyons ainsi qu'il a fréquenté l'école primaire jusqu'à 14 ans et apprenait facilement. Il travaille d'abord chez un forgeron à Colmar où il ne reste que 3 mois, revient à Strasbourg, s'occupe pendant quelques semaines au port, puis s'engage comme aide-monteur. A 15 ans, il part pour Nancy où il travaille pendant 3 mois dans un café en qualité de garçon plongeur. Bientôt il se dirige sur Belfort où il remplit pendant quelques temps les mêmes fonctions à la brasserie D. Vers 16 ans, il part pour Paris, avec 50 francs dans sa poche, mène une vie assez irrégulière, travaillant tantôt dans un café, tantôt dans un autre et fréquente surtout la basse pègre de la capitale. Au bout d'une dizaine de mois, la vie parisienne ne lui plaisant plus, il revient à Belfort où il reste quelques mois, puis réintègre le domicile paternel à Strasbourg où il ne séjourne qu'une quinzaine de jours sans travailler. Il prend alors la direction de la Suisse, arrive à Bâle, couche à l'asile de nuit, mange au fourneau économique, et au bout de quelques jours part pour Zurich à pied, vivant de mendicité et d'expédients. Il lie connaissance avec un compagnon qui le ramène à Belfort où nous le trouvons pour la 3^e fois à la brasserie D. Mais Paris l'attire à nouveau ; il y travaille comme garçon auxiliaire de restaurant

et mène une vie souvent inavouable. Son séjour y est aussi court que la 1^{re} fois. Nous le voyons ensuite à de courts intervalles, à nouveau à Strasbourg où il se fait entretenir par ses maîtresses, travaillant par-ci par-là comme garçon de café, jouant beaucoup avec des camarades pendant des nuits entières ; à Nancy, puis de nouveau à Strasbourg, à Zurich d'où il se rend à Innsbrück, en Autriche, et à Milan où il ne reste que quelques jours. Il fait un 3^e voyage à Paris où en très peu de temps il occupe successivement 7 à 8 places. La guerre le trouve à Strasbourg le 26 juillet 1914. Pendant 4 ans, il aurait servi dans l'armée allemande en qualité de brancardier. Nous manquons de renseignements sur cette période de sa vie. Blessé en 1917 au pouce droit (automutilation ?) il est réformé en 1918. Il aurait alors travaillé au casino des officiers à Rastadt, et ne rentre à Strasbourg qu'en novembre 1918. Il travaille deux mois à l'Arsenal, reprend sa vie irrégulière et est bientôt condamné à 1 an de prison pour vol et résistance. Au cours de toutes ses pérégrinations, il ne s'est jamais beaucoup préoccupé de sa famille, si ce n'est en cas de besoin pour lui demander de temps à autre des moyens de subsistance.

DISCUSSION. — De l'exposé du *curriculum vitæ* de X..., il ressort que nous avons affaire à un déséquilibré, suffisamment intelligent, mais incapable de mener une vie sociale régulière, avide de changements sans motifs autres que son instabilité mentale et ses tendances au vagabondage. Paresseux, il demande ses moyens d'existence à des fréquentations inavouables où la perversion de ses instincts se donne libre cours. A bout de ressources, il n'hésite pas à recourir au vol. Inintimidable, il recommence à voler quelques semaines après sa sortie de prison, sans que pendant le court intervalle il ait même tenté de se livrer à un travail quelconque. L'acte qui lui est reproché rentre dans la catégorie des vols par déséquilibration psychique.

Pourquoi a-t-il rapporté une partie de l'argent dérobé et s'est-il dénoncé lui-même ? Il affirme actuellement qu'il a agi ainsi sous l'influence des remords de sa conscience. Peut-être que les excès éthyliques auxquels il s'est livré pendant plusieurs jours sitôt après le vol ne sont pas étrangers à cette détermination. Quoi

qu'il en soit, ces actes, en apparence immotivés, ne sont pas rares chez les dégénérés, et cette auto-dénonciation viendrait renforcer le tableau déjà très chargé de son instabilité dégénérative.

Quant aux troubles psychiques avec agitation à grands fracas qu'il a manifestés tant à la prison qu'à la clinique psychiatrique et à l'asile de Hœrdt, une observation continue de plus de 2 mois permet de dire qu'ils sont incontestablement simulés. Leur ensemble ne cadre avec aucune forme habituelle de maladie mentale. La paralysie générale à laquelle on a pu penser un instant en raison de l'apparition d'un othématome, se trouve éliminée par l'absence d'affaiblissement psychique, le caractère négatif des signes physiques et des réactions biologiques. L'agitation impulsive, les stéréotypies de mouvements, l'agressivité, le mutisme, les réponses à côté réalisent quelques signes de démence précoce, mais X... ne présentait ces symptômes que lorsqu'il se sentait observé. On ne peut retenir davantage ni l'épilepsie, ni l'hystérie, ni l'alcoolisme.

La grève de la faim devenait facile par l'absorption de nourriture en cachette. En frappant contre la porte, ou les murs, il prenait toujours soin de le faire avec modération. Ses crachats n'étaient nullement l'expression de la salivation chez les aliénés. Son facies n'était pas en harmonie avec son agitation motrice. En pleine lutte avec les infirmiers son pouls restait très calme. Les nuits ont toujours été paisibles, et le sommeil régulier. A aucun moment on n'a constaté les troubles physiques qui accompagnent habituellement une semblable agitation. A maintes reprises, il a montré combien il restait présent d'esprit en s'informant de sa condamnation et de son avenir.

Après un mois de séjour en cellule, ces troubles se sont espacés progressivement, et aujourd'hui, X... se montre calme et docile. Mais invariablement il esquive les questions qui ont trait à son auto-dénonciation et à son agitation consécutive.

Selon un mot du Professeur Lasègue qui a fait fortune, on ne simule bien que ce que l'on a. Et si X... a pu pendant deux mois simuler une pareille violence

agressive vis-à-vis des personnes qui l'approchaient, c'est que sa mentalité la contenait en germe, et que son potentiel criminel reste élevé.

En résumé, X... est un de ces déséquilibrés nocifs que la pénalité ne peut amender, et qui semblent faits pour vivre en marge de la société et à ses dépens. En dépit de la simulation, il se rapproche plus du malade aliéné que du criminel proprement dit. Sa place n'est cependant pas à l'asile d'aliénés ordinaire où il s'évaderait à bref délai, et deviendrait un danger tant pour la discipline de l'établissement que pour ses compagnons et le personnel. Elle n'est pas non plus à la prison en raison de l'infirmité dégénérative de sa volonté et de son inintimidabilité. Le quartier de sûreté pour aliénés criminels, difficiles, dangereux, dont à la suite des travaux de H. Colin et ses élèves, de Sérieux et Libert, de Dubuisson et Vigouroux..., etc. l'utilité n'est plus à démontrer, convient seul à cette variété d'individus.

CONCLUSIONS. — 1. X... est atteint de déséquilibration psychique constitutionnelle avec instabilité mentale, perversion des instincts, délinquance à répétition, inintimidabilité.

2. Sur ce fonds mental, il simule, sitôt après incarcération, des troubles psychiques caractérisés par une violente agitation avec agressivité, attitude et gestes stéréotypés, mutisme intermittent, sitiophobie.

3. Malgré cette simulation, et en raison de sa mentalité profondément déséquilibrée et pervertie, il est irresponsable de l'acte qui lui est reproché.

4. Il constitue un danger pour l'ordre et la sécurité publics et doit être interné au quartier de sûreté de l'Asile de Hœrdt.

Hœrdt, le 21 novembre 1920.

Conformément à ces conclusions, X... a bénéficié d'un non-lieu et a été interné au quartier de sûreté de Hœrdt par voie administrative. Jusqu'ici le calme se maintient, et sa conduite régulière lui a valu l'autorisation de partager la vie en commun de ses compagnons.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 27 MARS 1922

Présidence de M. TOULOUSE, Président

MM. Anglade, Brousseau, Pierre Kahn, Rayneau, Rodiet, Sizaret, Vernet, membres correspondants, assistent à la séance.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

La correspondance imprimée comprend le compte rendu de l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Lombroso.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL annonce la mort survenue à Hanoï de M. le Médecin-Inspecteur Huot, Directeur du Service de Santé de l'Indo-Chine, membre correspondant de la Société Médico-psychologique. Il exprime les regrets de tous et propose d'envoyer à la famille l'expression des condoléances de la Société. M. Raymond Mallet retracera dans les *Annales Médico-psychologiques* l'œuvre et la vie de M. Huot dont tous ont présents à la mémoire les récents travaux avec M. Voivenel et de remarquables études sur l'Ame Noire parues il y a quelques mois à peine dans le *Mercure de France*.

Rapport de Candidature

M. ANTREAUME. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Chaslin, Leroy, Ségla, Vallon et Antheaume, rapporteur, afin de vous présenter un rapport sur la candidature de M. le professeur Claude au titre de membre titulaire de votre Société.

Vous connaissez tous le docteur Claude qui vient de succéder à notre regretté collègue Ernest Dupré dans

la chaire de clinique des maladies mentales de la Faculté à l'Asile Sainte-Anne, appelé à cette haute fonction par un vote unanime de l'assemblée professorale.

Le professeur Claude devrait depuis longtemps faire partie de la Société médico-psychologique : s'il n'a pas plus tôt fait acte de candidature, c'est par un sentiment d'extrême modestie, c'est sans doute parce que, malgré sa très grande valeur scientifique et les nombreuses sympathies qu'il compte depuis longtemps parmi les aliénistes, il a voulu attendre l'octroi d'un titre de psychiatre officiel pour légitimer pleinement sa candidature.

Médaille d'or de l'internat des hôpitaux en 1896, médecin des hôpitaux en 1901, professeur agrégé en 1903, membre de nombreuses sociétés savantes, sa carrière s'est déroulée suivant trois phases principales ; de 1893 à 1903, orientation, recherches et publications scientifiques dans le domaine de la pathologie générale et expérimentale sous la direction du professeur Bouchard ; de 1903 à 1908, orientation vers la neurologie ; enfin, depuis 1908, époque où il fut nommé expert près les tribunaux, orientation progressive et de plus en plus marquée dans le domaine de la psychiatrie anatomo-clinique et médico-légale.

C'est de cette époque que date à l'Hôpital Saint-Antoine la transformation du service du docteur Claude, en service ouvert pour le traitement des psychoses aiguës et des psychopathies non justiciables de l'internement, service d'avant-garde, dont les données actuelles de l'assistance psychiatrique ont montré le grand intérêt, en même temps que la nécessité de la création de services de même ordre dans les asiles où les conditions matérielles sont plus favorables.

Au sujet des travaux de psychiatrie proprement dits du professeur Claude qui ne comprennent pas moins de 77 publications (dans son exposé de titres), travaux dont la plupart vous sont connus, je ne ferai qu'une remarque, c'est qu'ils sont marqués au coin de la plus probe investigation scientifique. Ils permettent en tous cas d'augurer pour l'enseignement officiel de la psychiatrie à l'Université de Paris, une ère nouvelle où

les données convergentes de la biologie générale, de l'expérimentation et de la science anatomo-clinique chercheront à éclairer l'étiologie, encore si obscure, de la plupart des psychoses et permettront de recourir à l'emploi d'une thérapeutique mieux organisée.

Enfin le professeur Claude a su ne pas se désintéresser des questions d'assistance et d'organisation psychiatriques. Outre le développement qu'il a donné à son service ouvert pour petits mentaux de l'hôpital Saint-Antoine, ainsi qu'à la consultation neuro-psychiatrique très suivie qui s'y trouve attachée, il collabore depuis l'an dernier à la Ligue d'Hygiène mentale, où il préside la commission de l'enseignement psychiatrique.

Il est de ceux qui, avec votre président, votre secrétaire et votre rapporteur, s'emploient activement à relever la profession du psychiatre devant l'opinion publique, en la rendant plus sympathique parce qu'ayant avant tout pour objet l'étude de très nombreux cas mentaux curables et non pas d'une exclusivité de cas chroniques, comme le laisse croire un préjugé tenace et que nous combattons de plus en plus efficacement.

Selon les règles nouvelles de notre Société en matière de rapport de candidatures, je borne à ces quelques considérations l'exposé que votre commission m'a chargé de rédiger en vous proposant, à l'unanimité, d'admettre le professeur Claude au nombre de nos membres titulaires.

Election. — A la suite de ce rapport, M. le D^r Claude est nommé membre titulaire de la Société à l'unanimité de 24 votants.

L'organisation du Service libre de Prophylaxie mentale de l'Asile Sainte-Anne

Par MM. Ed. TOULOUSE, G. GENIL-PERRIN
et R. TARGOWLA

Il y a quelque temps, nous avons exposé à la Société médico-psychologique la nécessité d'établir en France, à l'exemple des Américains, une organisation méthodique de la prophylaxie des maladies mentales (1). Nous venons aujourd'hui vous soumettre les premiers résultats obtenus dans cette voie.

A la demande de la Ligue d'Hygiène mentale, présentée par M. F. Brunet au Conseil général, l'assemblée départementale a créé, sur la proposition de M. Henri Rousselle, un service ouvert à l'Asile clinique Ste-Anne, où les malades seront admis sans formalités légales, et un dispensaire. Des crédits importants furent affectés à l'organisation de ce service, notamment la Ville de Paris vota 100.000 fr. et le Ministère de l'Hygiène accorda 100.000 fr. sur les fonds du Pari mutuel. C'est cette création qui porte le nom de *Service de Prophylaxie mentale*, dont nous allons indiquer brièvement ici l'organisation générale. Nous vous apporterons plus tard d'autres renseignements sur son fonctionnement.

Le but de ce service de prophylaxie mentale est multiple :

- 1° dépister la prédisposition aux maladies mentales;
- 2° les prévenir ;
- 3° les soigner dès qu'elles se déclarent, et quand cela est possible dans des services libres ;
- 4° faciliter l'utilisation sociale des psychopathes ;
- 5° contribuer à la sélection et à l'orientation professionnelles.

(1) TOULOUSE et GENIL-PERRIN. — L'organisation technique de la prophylaxie mentale. La prophylaxie mentale : Comment on la réalise en Suisse. *Annales Médico-Psychologiques*, n° 6, novembre-décembre 1920, p. 510-520.

Pour répondre à ces besoins, il a été créé :

un service libre ;

un dispensaire de prophylaxie mentale ;

des laboratoires.

Service. — Il faut d'abord obtenir que le malade se prête au traitement. La condition essentielle pour cela est de lui éviter cette sorte de tare sociale qu'est l'internement ainsi que la souffrance de la séquestration, qui éloignent les psychopathes au début de leurs troubles, alors qu'ils sont le plus curables. Il importe donc que le service soit libre, c'est-à-dire qu'aucune formalité légale n'y vienne entraver les entrées et les sorties et qu'il ne soit pas plus soumis que les services des Hôpitaux à une surveillance judiciaire ou administrative.

Il est préférable que ce service soit rattaché à un asile, d'abord pour lutter contre le préjugé même qui s'attache à la folie. En outre, la psychiatrie possède ses méthodes propres qui exigent une spécialisation d'ancienne date, une éducation qui ne s'acquiert que par une longue expérience des aliénés. Et le dépistage de la prédisposition et des états frustes ne peut être fait actuellement que par des aliénistes entraînés.

Il faut que les services libres deviennent les intermédiaires naturels entre l'asile et le monde extérieur. Ils constituent les quartiers d'observation rationnels où les malades dont l'internement n'apparaît pas d'emblée nécessaire pourront être examinés. Beaucoup de psychopathes seront de la sorte soignés et guéris avant que les formalités de la loi de 1838 les aient marqués socialement. D'autres enfin pourront y venir parfaire leur guérison, s'essayer à la liberté et à la responsabilité, qui peut-être ne seraient jamais sortis des asiles.

Nous ne pouvons pas établir à l'avance la nature des maladies qui sont aptes à être traitées dans le service ouvert ; mais nous pouvons indiquer que nous chercherons à traiter les affections mentales plutôt dans leurs formes graves que dans leurs formes légères. Ce service réalisera une expérience prolongée pour déterminer les catégories d'affections mentales qui permettent d'hospitaliser sans internement.

Dispensaire. — Nombre de malades atteints de troubles psychopathiques ne seront pas pour cela justiciables de l'hospitalisation. Un traitement externe suffira et pourra dans certains cas être le plus efficace.

C'est à leurs besoins que répond la consultation du dispensaire annexé au service, consultation qui sera faite à deux degrés. Après un premier triage, les malades seront étudiés à fond et traités dans des consultations spécialisées : psychopathies organiques, états délirants chroniques, toxicomanies, enfants arriérés et anormaux, épileptiques, délinquants envoyés après expertises pour une action prophylactique.

Il y aura même une consultation de médecine générale à laquelle seront renvoyés les cas où les troubles somatiques doivent être particulièrement étudiés, soit qu'ils conditionnent les troubles psychiques, soit que leur nature soit mal caractérisée. Nous relevons volontiers chez les confrères de médecine générale des erreurs dues à leur incompétence en psychiatrie. Il nous faut par réciprocité savoir reconnaître que dans certains cas nous avons besoin d'une aide médicale pour des processus que la direction de nos études ne nous permet pas toujours d'étudier avec des lumières suffisantes.

Des médecins en chef des services d'aliénés des Asiles ou des Hôpitaux ont bien voulu apporter leur collaboration à cette œuvre collective d'un si haut intérêt psychiatrique, qui sera contrôlée par un Comité.

Leurs examens seront complétés par celui de l'ophtalmologiste et de l'oto-rhino-laryngologiste, et par des épreuves de laboratoire sur lesquelles nous insisterons plus loin. Les malades seront de la sorte assurés d'un examen complet réunissant toutes les garanties de compétence.

Ces malades pourront être ensuite, suivant les cas, traités dans le service ou à leur domicile. On cherchera à provoquer l'internement par la famille des malades dont l'état nécessite un traitement et qui, refusant de s'y soumettre ou présentant des réactions dangereuses, ne pourront être hospitalisés que dans des sections fermées. Dans certains cas, il sera même nécessaire de

signaler à l'autorité administrative les délirants à réactions antisociales. Il importe, en effet, dans l'intérêt même de la cause, qu'un service ouvert ne puisse être le refuge de malades dangereux. Plus nous voulons libérer les psychopathes, plus rigoureusement nous devons séparer les malades inoffensifs des malades dangereux.

Par ailleurs, l'organisation du dispensaire pour psychopathes sera calquée, comme en Amérique, sur l'organisation des dispensaires pour la tuberculose. C'est ainsi qu'il existera un service de visites à domicile faites par des infirmières visiteuses sous la direction d'un médecin chargé de surveiller et de contrôler leurs enquêtes. Ce service est destiné à assurer la continuité du traitement et l'exécution des mesures hygiéniques et prophylactiques, à saisir à leur début les manifestations psychopathiques, à prévenir les réactions antisociales.

Dans des cas qui seront spécifiés pour empêcher les abus, des médicaments et des secours seront donnés aux malades consultants.

Un Comité de patronage, composé de personnalités choisies dans les assemblées élues du Département et du Parlement, parmi les hauts fonctionnaires, les chefs d'industrie et les membres actifs d'œuvres philanthropiques, aidera à répartir les secours et à procurer aux malades un travail adapté à leurs forces. En permettant à des malades chroniques de quitter l'asile et de tenter leur réadaptation à la vie sociale, cette assistance doit diminuer et le nombre des aliénés internés et celui des internements nouveaux.

Enfin le dispensaire deviendra sous le patronage de la Ligue un centre de documentation et d'action pour l'hygiène mentale. Il aura pour tâche de faire l'éducation des malades, des familles, des instituteurs et du public par des tracts et par des conférences, il aidera à la création de dispensaires de prophylaxie dans les grandes industries et les administrations. Et pour atteindre ces buts, il contribuera à former des praticiens, notamment les médecins des écoles.

Nous constituerons un centre de documentation sur

la séméiologie et aussi la thérapeutique des psychopathies. Pour rassembler et conserver cette documentation nous emploierons les procédés méthodiques en usage dans l'industrie, — constitution de fiches, de dossiers complets, classement systématique des documents.

Laboratoires. — Le troisième élément de cet organisme, clef de voûte en quelque sorte de l'édifice, est formé par les laboratoires annexés au service et au dispensaire : laboratoires de chimie biologique, d'hématologie, de sérologie, d'histologie, de biopsychologie, de radiologie. Ces laboratoires, dirigés par des chefs d'une compétence technique éprouvée aidés par des assistants et des infirmières spécialisées, assureront les déterminations cliniques courantes (réaction de Wassermann, examen cytologique et chimique du liquide céphalo-rachidien, hématologie, épreuves des fonctions hépatique et rénale, réflexe psycho-galvanique, temps de réaction, effort mental, niveau mental).

Il est à noter que, dans l'organisation scientifique actuelle, le médecin aliéniste ne peut s'adresser pour les analyses biologiques — et encore pour certaines seulement — qu'à des laboratoires généraux comme ceux de l'Institut Pasteur. Or, ces laboratoires ne sont pas spécialisés pour la médecine mentale et ne peuvent par conséquent fournir au psychiatre des analyses suffisamment adaptées ni des éléments de comparaison. Et pour les déterminations psycho-physiologiques, il n'existe à Paris aucun laboratoire où un aliéniste puisse faire conduire un malade en vue d'un examen approfondi.

La recherche scientifique sera activement poursuivie ; et l'on s'efforcera d'établir, dans la mesure où le laboratoire le permet, les concomitants organiques des diverses psychoses, de préciser leur étiologie et leur pathogénie et de trouver les médications appropriées. Il est certain que la thérapeutique psychiatrique ne peut se limiter à la seule psychothérapie et aux traitements symptomatiques dont nous disposons actuellement. L'étude de méthodes et de moyens curatifs basés sur les conditions physio-pathologiques des maladies

mentales doit être une de nos préoccupations constantes.

Mais l'étude biologique des psychopathies faite en vue de leur traitement doit l'être au moment où elles sont le plus accessibles aux agents thérapeutiques, c'est-à-dire au début. L'exemple de la psychose hallucinatoire chronique dont on tend à admettre aujourd'hui l'origine toxique ou auto-toxique et qui guérit, au moins dans certains cas, illustre bien cette face du problème. C'est donc à la période de début qu'il faudra essayer de déterminer les modifications humorales qui accompagnent les psychoses et qui, sans doute, disparaissent souvent par la suite lorsque l'aliénation mentale est devenue chronique.

Pour toutes ces études, les laboratoires ajouteront des éléments précis à la clinique, à laquelle ils doivent être subordonnés. Il conviendra ensuite de rechercher dans quelle mesure on pourra rendre l'examen clinique plus technique par les examens faits couramment. Les schémas qui auront pu être établis seront soumis aux sociétés psychiatriques ; leur adoption permettrait de réaliser plus d'unité dans l'examen des aliénés et faciliterait la comparaison des cas. Mais c'est plus profondément encore qu'il faudra chercher en s'efforçant de dépister non plus les premiers signes de la maladie mentale, mais les signes mêmes de la prédisposition psychopathique. Il est nécessaire et il paraît possible d'évaluer en fonction des conditions physiologiques la résistance des psychopathes aux intoxications, aux infections, à la fatigue psycho-nerveuse et aux chocs émotionnels. C'est leur fatigabilité-émotivité qui est à la base des troubles mentaux et constitue la véritable prédisposition psychopathique.

Ces épreuves devront être cherchées surtout dans l'ordre des réactions biologiques les plus sensibles et les plus directes. Bien liées et standardisées, elles devront être étalonnées pour permettre le classement des individus normaux et des psychopathes.

Le dépistage pourra être fait alors en série dans les collectivités (écoles, usines, administrations). Il conditionnera une prophylaxie rationnelle qui permettra de

déceler la prédisposition aux troubles mentaux même chez des sujets d'apparence normale et de déterminer la valeur psychique d'un individu quelconque à tel moment de sa vie.

Par ce point, nous touchons à la sélection et à l'orientation professionnelles qui comportent des épreuves de psychiatrie et de psychologie expérimentale. Nous voudrions habituer les éducateurs et les chefs d'entreprises non seulement à demander l'organisation d'une surveillance psychiatrique du personnel, mais aussi son aide pour le recrutement des travailleurs.

Enfin, pour étudier les problèmes généraux, notamment pour les recherches de laboratoire, il a paru nécessaire de créer un *Conseil scientifique* qui comprend des savants cultivant les principales sciences dont relève la psychiatrie (biologie, physiologie, psychologie, chimie et physique biologiques, pathologie générale et spécialisée, pharmacologie, etc.).

Tel est le plan de cette organisation qui est en voie d'être réalisée. Vraiment rationnelle et développée en dehors des pratiques conventionnelles, elle constitue d'abord un essai d'œuvre collective. Les activités des différents collaborateurs sont rendues solidaires en vue de buts étudiés et établis. Et pour les directions générales on fait appel à toutes les compétences utiles. Ainsi le problème de la prophylaxie mentale pourra être abordé sous tous ses aspects, depuis l'étude scientifique de la prédisposition jusqu'aux applications sociales les plus étendues.

DISCUSSION

M. TOULOUSE. — Nous vous avons exposé ici, il y a dix-huit mois, ce que nous désirions tenter, nous vous apportons aujourd'hui l'exposé de projets réalisés. La ligue d'Hygiène Mentale a été créée et le Conseil général de la Seine, entrant dans ses vues, a créé à l'Asile Ste-Anne un service ouvert dont j'ai été chargé. Nous vous avons exposé simplement le plan suivant lequel ce service doit fonctionner. Je vous tiendrai au courant des résultats obtenus.

M. COLIN propose de laisser le sujet à l'ordre du jour de la Société, afin qu'une discussion puisse s'engager sur cette importante question dans une prochaine séance, après lecture dans les *Annales Médico-psychologiques* du texte imprimé de la communication de MM. Toulouse, Génil-Perrin et Targowla.

Cette proposition est adoptée.

M. TOULOUSE. — En effet, l'organisation d'un tel service pose une série de problèmes. Je ne citerai pour exemple que celui-ci : Dans quelle mesure ce service doit-il être surveillé par l'autorité administrative et par l'autorité judiciaire ? — L'autorité administrative, en l'espèce la Préfecture de Police, a voulu constituer des dossiers sur les malades. J'ai refusé, donnant comme précédent ce qui se passe dans les hôpitaux, mon service devant être assimilé à ce point de vue à un service hospitalier.

L'autorité judiciaire a voulu procéder à des visites en les basant sur la loi de 1838. J'ai démontré que cette loi ne peut s'appliquer dans ce cas particulier.

Notre tentative soulève évidemment, dans certains milieux, bien des hésitations, mais je serai très ferme pour faire de ce service un service exclusivement médical, sans dossiers de la Préfecture de Police, sans enquêtes judiciaires en rapport avec la loi de 1838.

J'espère qu'à la fin de l'année un service comme le mien existera à la Clinique sous la direction de M. Claude, et que plus tard il en existera dans chacun des services de Ste-Anne d'abord, dans tous les Asiles ensuite.

La Préfecture de Police à Paris craint qu'à la faveur d'examens médicaux, on laisse entrer dans ces services des individus dangereux qui pourraient ainsi échapper à sa surveillance. Ce danger me paraît illusoire.

Je vous ai signalé ces faits pour montrer la complexité des problèmes posés. Cette situation est surtout délicate dans une ville comme Paris, à statut exceptionnel, siège du Gouvernement, des Ambassades, etc. Aussi cette tentative est-elle ici particulièrement intéressante. Réussissant à Paris, elle doit réussir partout.

M. ARNAUD. — Un service analogue existe depuis plusieurs années déjà à Orléans sous la direction de M. Rayneau qui pourrait nous indiquer comment il fonctionne.

M. TOULOUSE. — Il y a entre le service de M. Rayneau et le mien une grosse différence : le service de M. Rayneau ne reçoit pas d'indigents et est seulement un service de pensionnaires.

M. RAYNEAU. — Lorsque j'ai été appelé à m'occuper, vers 1909, de la création du nouvel Asile du Loiret, j'ai immédiatement cherché à faire partager, par le Préfet d'alors et par le Conseil général, cette idée, qui m'était chère, qu'un Asile bien compris doit être un hôpital s'adaptant au traitement de tous les psychopathes, à quelque catégorie qu'ils appartiennent, et j'ai obtenu qu'au lieu d'être dénommé « Asile d'aliénés », le nouvel établissement prendrait le nom d' « Etablissement Psychothérapique du Loiret ».

Il devait se composer de quartiers de chroniques, de pavillons destinés aux malades aigus et groupés sous le nom d'hôpital de traitement, de pavillons d'anormaux et de quartiers pour épileptiques non aliénés et « neurasthéniques ». Cette dénomination s'appliquant, dans mon esprit, aux psychopathes qui ne semblent pas suffisamment malades pour faire l'objet de placements d'office ou de placements volontaires, mais qui ont besoin, néanmoins, d'être retirés de leur milieu et soignés aussitôt que possible.

Mes suggestions ont été acceptées, et deux pavillons ont été conçus et édifiés pour recevoir ces malades.

En conséquence, le projet de règlement du service intérieur, que nous avons dû soumettre au Ministère, portait que l'Etablissement psychothérapique du Loiret se diviserait en quatre quartiers distincts :

A. Un hôpital de traitement proprement dit qui comprend les pavillons d'admission et d'observation et les infirmeries. A ce quartier sont annexés les pavillons pour enfants anormaux des deux sexes.

B. L'Asile, affecté plus spécialement aux malades chroniques, impotents ou agités, aux travailleurs et aux convalescents.

C. Un pensionnat.

D. Des services pour épileptiques et neurasthéniques non aliénés.

Nous avons donc commencé à recevoir, dès l'ouverture de l'Etablissement, en 1913, des psychopathes non internés. Par suite de la non terminaison des travaux, d'abord, et de la guerre, ensuite, il a été impossible de leur affecter les pavillons qui leur avaient été destinés dans l'idée primitive, et j'ai été amené à les disséminer dans mes quartiers de pensionnaires tranquilles.

J'ai pu constater que cela présentait peu d'inconvénients, à la condition que l'on puisse sélectionner les malades internés avec lesquels ces malades libres peuvent être en contact, et depuis lors, j'ai toujours fonctionné de la sorte.

Je dois dire que le placement libre a eu, immédiatement, la faveur du public, et que, depuis 9 ans, plus de 350 malades ont été ainsi admis dans l'établissement. Ils ne figurent pas sur les registres de la loi, ne sont soumis à aucune contrainte et peuvent obtenir leur sortie dès qu'ils le désirent. Si leur état s'aggrave, je demande leur internement après avoir fait rédiger un certificat médical par un médecin étranger à l'établissement.

Mais, jusqu'à présent, nous n'avons reçu, comme malades libres, que des malades dont la pension était entièrement acquittée par les familles, et il était désirable de voir cette mesure s'étendre aux indigents. A chaque instant nous recevons, de la part de différents Maires, des demandes d'admission visant des malades figurant sur les listes d'Assistance et dont l'état mental, ne justifiant pas leur placement comme aliéné, réclame cependant des soins immédiats de la part de médecins spécialisés. On nous demande de les recevoir comme malades libres, leurs frais d'hospitalisation devant être supportés par l'Assistance médicale.

J'ai signalé le fait aux divers Préfets qui se sont succédé dans le département. Celui qui nous administre actuellement, M. Génébrier, s'intéresse, tout particulièrement, aux questions d'assistance et, tout spéciale-

ment, à l'assistance des aliénés et des psychopathes. Il estime que c'est d'une bonne administration de soigner ces malades dès le début, et qu'en facilitant leur admission, on évite qu'ils deviennent des chroniques pouvant rester éternellement à la charge du département.

Grâce aux propositions qu'il va faire au Conseil général et qui ont toutes les chances d'être adoptées, nous recevrons :

1° Par placement d'office, tous les malades dont l'état mental compromet la sécurité publique.

2° Par placement volontaire, tous les malades, payants ou non, dont l'état mental ne compromet pas l'ordre public.

3° Sous le bénéfice de la loi du 15 juillet 1893, sur l'assistance médicale gratuite, tous les mentaux admis en cure libre.

Enfin, des consultations gratuites nous permettent de soigner, dès le début, tous les malheureux qui, sentant fléchir leur cerveau, viennent demander les secours du spécialiste avant de sombrer dans la folie.

M. Pierre KAHN. — Déjà, en 1914, dans une communication à la Société Médicale des hôpitaux, j'ai eu l'occasion — à propos du service d'isolement des psychiques de l'Hôtel-Dieu — d'insister sur les avantages évidents des services ouverts de psychiatrie. J'eus par la suite l'occasion de faire créer et de diriger pendant deux ans un service ouvert dans un Asile d'aliénés, lorsqu'après une captivité, je fus nommé, fin 1916, comme faisant fonction de médecin-chef de l'Asile d'aliénés de Tours. D'accord avec le Préfet et le Procureur de la République, une division qui avait une entrée indépendante fut distraite de l'Asile au point de vue administratif et porta le nom de « service de psychiatrie ». Ce service reçut — *sans arrêt d'internement* — tous les malades mentaux qui paraissaient devoir être assez rapidement curables. — Il fonctionna sans incidents de décembre 1916 jusqu'à mon départ en février 1919. Les chiffres de la statistique des entrées sont les suivants : En 1915 — avant la création de ce

service — 86 entrées et 81 internements (nous ne prenons là que les entrées *dans le service des femmes* — pour éliminer les militaires qui fausseraient la signification de cette statistique). — En 1917, 114 entrées et 27 internements. En 1918, 136 entrées et 24 internements. Il est évident que dès qu'un malade réclamait, ou qu'une personne quelconque de l'entourage se plaignait, une décision était immédiatement prise : sortie du malade ou internement. En pratique ce fut la grande exception. D'ailleurs la qualité des malades soignés ne fut pas notablement différente de ceux qui sont hospitalisés couramment dans les services d'isolement hospitaliers — comme celui de l'Hôtel-Dieu par exemple — et qui par définition sont des services ouverts.

M. ANTHÉAUME. — La question du fonctionnement du service ouvert de prophylaxie mentale à l'Asile Sainte-Anne soulève de réelles difficultés d'application qui tiennent au fait même de la situation d'exception dans laquelle se trouve l'agglomération parisienne. Ces difficultés ne m'avaient pas échappé quand j'ai, l'an dernier, soumis à la Commission de surveillance des Asiles de la Seine un rapport initial concluant au principe de la création du service de M. Toulouse et à sa réalisation par affectation spéciale dans ce but des deux pavillons annexes du service d'admission (pavillon des Perches et pavillon Ferrus). Mes propositions — les premières en date — faites d'accord avec l'administration, ont été adoptées par le Conseil général de la Seine qui a doté le service en formation des crédits nécessaires.

Ce qui me semble désirable, c'est que le nouveau service fonctionne — séparément des autres services de l'asile — avec une autonomie qui est légalement nécessaire, tout comme fonctionnent les services ouverts des hôpitaux parisiens à l'hôpital Saint-Antoine et à l'hôpital Laënnec.

En bonne règle les services ouverts, c'est-à-dire réservés aux malades atteints d'affections mentales aiguës, d'affections curables, devraient fonctionner partout en France sous le régime de la loi de 1893 sur

l'assistance médicale gratuite. Cette loi ne s'applique pas en effet aux cas de longue durée, dits chroniques, donc aux cas de psychopathes qui deviennent tels comme les aliénés internés, mais certainement les psychopathes améliorables et curables au début de leur affection peuvent en bénéficier.

Or, à Paris, par suite d'une anomalie, la loi sur l'assistance médicale gratuite n'est pas appliquée.

C'est sous un régime antérieur à sa venue que fonctionnent les hôpitaux.

Première complication, pour la situation budgétaire d'un service ouvert, d'un service de thérapeutique, en territoire d'exception (hors le domaine de la loi de 1838) dans un établissement tel que l'Asile Sainte-Anne.

D'autre part dans les départements il y a unité de préfecture, d'où simplification des rouages administratifs ; à Paris il y a dualité de préfecture.

Le nouveau service ouvert se trouve à l'Asile Sainte-Anne qui dépend de la préfecture de la Seine administrativement et de la préfecture de police pour les aliénés internés.

Or, si je suis bien renseigné, la préfecture de police aurait des velléités de s'immiscer dans le fonctionnement du futur service ouvert.

Comme les malades qui y seront reçus ne dépendront pas de la loi de 1838, qu'ils n'auront pas à figurer sur le registre de cette loi et qu'ils sont assimilables aux psychopathes des services ouverts des hôpitaux (où la préfecture de police n'exerce aucun droit de regard ou de contrôle), cette prétention de la préfecture de police ne me paraîtrait aucunement fondée ; elle le serait d'autant moins que si l'on se place au point de vue moral, notre collègue Toulouse offre toutes les garanties désirables de compétence et d'honnêteté.

Donc *seconde complication* qui naît encore du fait spécial de l'ouverture à Paris d'un service ouvert dans un Asile.

Enfin le parquet de la Seine, représenté par un substitut du procureur de la République, réclame aussi un droit de regard sur le futur service de M. Toulouse. Ce

dernier l'a nettement refusé ; la loi n'autorisant rien de semblable dans les services ouverts des hôpitaux, et devant être la même pour les psychopathes non internés à l'Asile Sainte-Anne.

Pour ma part je trouve cela juste, mais peut-être à titre officieux serait-il possible de laisser le substitut jeter un regard discret sur le fonctionnement d'un service où ne se passe rien que de très licite et de très correct ?

Je tiens au surplus à rendre hommage à notre collègue Rayneau (d'Orléans), qui vient de nous entretenir du fonctionnement de son service de neurasthéniques à l'*Etablissement psychothérapique de Fleury-les-Aubrais* — le premier service ouvert qui dans un Asile ait fonctionné en France — mais je lui ferai observer que la pratique qui consiste à traiter les psychopathes internés avec ceux qui ne le sont pas dans les mêmes locaux, si elle présente des commodités et des avantages, ne saurait être établie à l'Asile Sainte-Anne pour le service ouvert projeté, car elle n'est pas légale, et les difficultés énumérées plus haut s'en accroîtraient encore.

J'ajoute que le professeur Raviart, qui assiste à la séance, a lui aussi créé un service d'observation à la Clinique départementale d'Esquermes, où sont soignés tous les malades mentaux du département du Nord, avant l'internement de certains d'entre eux, mais la tentative n'est pas comparable à celle de M. Rayneau à Orléans et surtout de M. Toulouse, car si mes souvenirs sont exacts, c'est sous le régime atténué de la loi de 1838, par voie d'*arrêté préfectoral de mise en observation* que sont reçus les malades. M. Raviart va nous fixer plus exactement à ce sujet.

Enfin, au sujet du service de l'hospice de Tours dont vient de nous entretenir M. Kahn, je ne puis l'assimiler également de manière précise avec le service ouvert de l'Asile Sainte-Anne, il s'agissait là d'une catégorie de malades spéciaux, de militaires soumis à la discipline militaire, ce qui simplifie singulièrement la question du séjour obligatoire.

M. LEGRAIN, répondant à l'argumentation de M. Tou-

louse et de M. Antheaume, relative à l'intervention de l'administration de police ou des représentants de la justice, estime que, dans les services ouverts, il ne saurait jamais y avoir place pour des contrôles de cette nature ni même pour des visites simplement officieuses. L'admettre serait revenir au fait même auquel prétend s'opposer l'institution nouvelle des organismes libres de traitement pour psychopathes. Il faut qu'une porte soit ouverte ou fermée. Dans les dispensaires pour psychopathes, si la porte est ouverte aux agents de l'ancien contrôle, c'est supposer qu'on y admettra des malades rentrant par définition dans la catégorie de malades à surveiller ou suspects. Si la porte est close, nous admettons que les services nouveaux réaliseront de simples services hospitaliers, identiques aux services d'hôpitaux ordinaires où ne pénètrent jamais, sauf accident, les agents de contrôle de la police ou de la justice.

Mais si, par simple condescendance pour ces agents, dont la fonction générale, du reste, n'est en aucune manière diminuée par leur exclusion des services ouverts, on entr'ouvre la porte, il est aisé d'apercevoir à quels abus cette pratique donne lieu. Un procureur, au cours d'une visite tout officieuse, ne saurait se départir du rôle dont il est investi de par la loi ; un inspecteur policier ne saurait de même s'abstenir de fermer les yeux quand il est créé et mis au monde pour « observer ».

Ayons toute la sincérité et toutes les exigences même qu'exigera la nouvelle situation : nos psychopathes seront des malades tout comme les autres. Nos services ouverts feront des services d'hôpitaux. N'en dénaturons point le caractère en ouvrant la porte aux dignes fonctionnaires à esprit fatalement tendancieux dont l'œuvre est ailleurs. C'est ainsi que nous apprivoiserons pleinement le grand public avec nos nouveaux organismes. Nos pensionnaires ne seront plus des « internés », ne l'oublions pas. Les soumettre éventuellement à un contrôle serait rétablir le doute dans l'esprit public.

M. ANGLADE. — Dans cette question des « services ouverts », soulevée par notre collègue le Dr Toulouse,

il y a, selon moi, deux points de vue à considérer : l'idée et les moyens de la réaliser.

Je crois l'idée juste. Il y a vraiment une catégorie importante de malades de l'esprit auxquels la mesure d'internement ne convient pas et qui réclament un mode d'assistance particulier, intermédiaire entre l'hôpital et l'Asile, plus rapproché toutefois de l'Asile que de l'hôpital : asthéniques psychiques simples, obsédés à paroxysmes anxieux, toxicomanes, semi-confus, encéphalitiques à séquelles psychopathiques, méningo-encéphalitiques avec déficit mental léger — et cette énumération n'est pas complète.

De tels malades se présentent couramment à la consultation externe que j'ai créée — il y aura bientôt 20 ans — à l'Asile de Bordeaux. J'ai souvent regretté de ne pouvoir les hospitaliser séance tenante, suivant leur désir ou celui de leur famille, dans un service spécial non soumis au régime de la loi du 30 juin 1838.

A vrai dire, il serait facile de combler cette lacune — car aucune disposition législative ne s'oppose à la juxtaposition d'un service ouvert aux services fermés dans un Asile — sans la nécessité de résoudre auparavant — c'est l'autre point de vue — le problème de l'imputation immédiate de la dépense d'entretien des malades à hospitaliser.

A défaut de la loi de 1838, inopérante en pareil cas, peut-on compter sur la loi d'Assistance médicale obligatoire ? Cette loi, il ne faut pas l'oublier, vise surtout l'assistance à domicile et, à titre exceptionnel, l'assistance hospitalière. Les communes consentiraient-elles aisément à supporter des frais d'hospitalisation, lourds lorsqu'il s'agit de maladies cérébrales dont la durée est habituellement longue ? Il est sage de prévoir leur résistance. Sans doute accepteraient-elles plus volontiers, parce que cela est plus conforme à leur habitudes, de prendre à leur charge les journées d'entretien au titre de la loi d'Assistance médicale, dans un service ouvert qui serait organisé à l'hôpital. Mais cette solution n'est pas la plus favorable aux malades qui, pour de multiples raisons, seront mieux à leur place dans un Asile.

Je signale les difficultés, sans proposer des moyens pour les résoudre immédiatement. Ces difficultés ne me semblent d'ailleurs pas insurmontables. Quelques additions à l'une ou à l'autre des deux lois que nous visons, suffiraient pour les aplanir.

M. RAVIART donne des renseignements sur le fonctionnement du service d'Esquermes. Il expose en particulier qu'il 'reçoit sans formalités aucunes, depuis 1912, dans ce service (aux fins de mise en observation, en accord avec la loi du 30 juin 1838) des *pensionnaires* (de 4^e classe) atteints de n'importe quelle maladie mentale. Tous ces malades entrent et restent sous le régime libre, sauf ceux qui font entendre des *récriminations cohérentes et prolongées*.

M. ANTHEAUME. — J'ai été très intéressé par les explications complémentaires de M. Raviart sur le fonctionnement de son service, où j'apprends que de nombreux malades volontaires sont reçus sans arrêté préfectoral de mise en observation, mais cette dualité d'entrée, avec conservation de l'ingérence préfectorale, me semble pour beaucoup la raison qui laisse l'opinion publique suspecter d'internement — c'est-à-dire de la tare que nous désirons tous voir disparaître — la très remarquable clinique d'Esquermes.

M. Legrain est d'avis que le fonctionnement du service ouvert de Sainte-Anne doit se faire à l'état de pureté, c'est-à-dire dans des locaux nettement distincts de ceux consacrés aux internés ; il a raison. Je crois avec lui, réflexion faite, qu'il faut maintenir l'intégrité de l'indépendance des services ouverts : pas de contrôle de police ni de contrôle judiciaire autres que ceux qui sont légalement obligatoires.

M. René CHARPENTIER. — Je suis frappé du fait que M. Raviart, dans son exposé si intéressant, déclare recevoir dans son service les malades atteints de n'importe quelle maladie mentale, sauf ceux émettant des « *récriminations cohérentes et prolongées* ». Dans ces conditions, il ne reste donc pour les services d'aliénés que cette catégorie peu nombreuse. En effet, sauf le cas de séquestration arbitraire, et aucun de nous

n'en connaît, il ne reste guère que certains délirants persécutés pouvant rentrer dans la catégorie d'exception visée par M. Raviart.

On peut ajouter que le service d'Esquermes, recevant ainsi tous les malades susceptibles de figurer dans un service d'Asile d'aliénés, c'est sans doute là une des causes de la persistance de la tare appliquée aux malades de son service, dont se plaint M. Raviart et que ses efforts tenaces n'ont jamais pu éviter.

M. RAYNIER. — Je pense comme M. Raviart qu'il faut dire que les services ouverts ne réussiront pas comme se le proposent les auteurs de la communication à éviter la « tare de l'internement » (la tare, si tare il y a, ne serait-elle pas plutôt le fait de la maladie où qu'elle soit traitée). A cet égard l'exemple de l'hôpital militaire de Maison-Blanche, où étaient hospitalisés pendant la guerre, des mutilés et des confus et petits mentaux non internés est significatif et peut être rapproché de ce qu'on a constaté à Esquermes. Pour le public et les cohospitalisés, le service ouvert des petits mentaux était le service des fous, des « dingos ».

Peut-être pourrait-on ne pas adopter le préjugé du public sur la tare de l'internement et le combattre par tous les moyens en notre pouvoir, notamment en faisant de plus en plus de l'Asile l'instrument le mieux adapté pour le traitement des maladies de l'esprit.

Les échanges de vues produits au sein de la société montrent que l'intérêt non douteux de la création de services ouverts est ailleurs et les expériences diverses rapportées par MM. Raviart et Rayneau, et celle que va faire M. Toulouse dans son service de Ste-Anne sont heureuses en ce qu'elles placent l'assistance aux psychopathes sur un terrain plus fécond, qu'elles permettent les intéressantes discussions que nous venons d'entendre, touchant à de si nombreux problèmes d'ordre médical, administratif, voire juridique, en même temps qu'elles constitueront un précieux champ d'observation et d'études préalables nécessaires avant la généralisation à tout le territoire du régime nouveau, généralisation qui, du reste, pour être pleinement efficace, ne pourrait être le fait que d'une loi.

Le service ouvert, contrairement à ce que j'ai entendu exprimer, ne saurait, à mon sens, dans l'état actuel de la législation, fonctionner dans les asiles que dans une annexe séparée et autonome (argument tiré de l'ordonnance de 1839, que les directeurs de maisons de santé mixtes connaissent bien) et il ne me paraît pas régulier (quelque intérêt que la pratique ait pu présenter comme on nous l'a exposé), de traiter côte à côte, dans les mêmes salles, les malades libres et ceux placés sous le régime de la loi de 1838.

En ce qui concerne les malades indigents et le régime financier, il semble que le service ouvert, après les autorisations nécessaires et l'approbation de son règlement intérieur puisse, en utilisant la législation existante, fonctionner commodément sous les auspices de la loi de 1893 à condition que les conseils généraux d'avant-garde admettent le dit service comme hôpital de rattachement pour l'exécution de la loi sur l'Assistance médicale gratuite.

Je ne voudrais pas contrarier ceux qui parlent des formalités vexatoires de la loi de 1838 (un certificat médical et une demande de placement s'il s'agit d'un volontaire) et disent qu'un tel service pourrait admettre des malades sans formalités, mais je dois rappeler que l'admission d'un assisté dans une formation hospitalière nécessite elle aussi un certificat médical constatant la maladie et l'impossibilité de la traiter utilement à domicile et que ce certificat doit être motivé et contresigné par le Maire président du bureau d'Assistance. Certificat et contreseing étant destinés à permettre le remboursement des prix de journée.

M. Anglade a excellemment rappelé pour la province les difficultés de divers ordres de l'admission dans les services de psychopathes et insisté à juste titre sur les résistances de certaines communes quand il s'agira d'engager des dépenses de ce fait. On pourrait rappeler, dans un ordre d'idées tout voisin, que l'assistance aux aliénés, organisée par la loi de 1838 qui admet, ne l'oublions pas, des placements volontaires gratuits, n'est pas toujours exécutée en ce sens, et que certains

départements limitent leur assistance aux seuls aliénés d'office.

C'est pourquoi il y a lieu de se féliciter de voir la question de l'assistance aux psychopathes de tous ordres, à nouveau à l'ordre du jour des réunions médicales. Une proposition, qui découle des discussions diverses et qui est susceptible de rallier tous les suffrages et de faire l'accord, est que cette assistance doit être précoce et, ajoutons-le, obligatoire.

Et, pour ma part, sans préjuger des conclusions que l'expérience des services ouverts diversement réalisés pourront inspirer, je verrais très volontiers une concentration des efforts orientée vers cette assistance précoce et obligatoire, assurée par un établissement spécialisé qui est l'asile (changement possible d'appellation), hôpital-hospice pour maladies mentales, seul en mesure, dans la majorité des départements, de par ses installations et la technicité de son personnel, de l'assurer dans les meilleures conditions.

Dans l'évolution historique, l'asile spécialisé a été, pour les psychopathes, un progrès sur les hospices : j'ai de bonnes raisons de dire qu'il n'a pas perdu, dans l'ensemble, cette supériorité.

Il pourrait être réorganisé, mieux adapté à ses fonctions multiples, doté d'une loi tenant compte des progrès de la médecine et de la sociologie, d'un régime d'admission plus souple, d'un régime financier rajeuni, inspiré des plus récentes lois d'assistance, etc... — Mais, pour ma part, je ne verrais alors nul inconvénient à admettre à côté des placements déjà existants, un placement spontané avec sortie libre (service ouvert d'aujourd'hui), placement que l'on pourrait transformer au besoin et en cas d'utilité ou de nécessité, soit en placement volontaire avec la collaboration des familles, ou, en l'absence de cette collaboration, en placement d'office.

Par ailleurs je verrais quelques avantages à faire profiter cette catégorie nouvelle de malades des mesures éventuelles de médecine légale, de sauvegarde des biens et des intérêts pécuniaires adaptés, après étude, à leur situation.

Telles sont les quelques observations que la présente discussion m'inspire brièvement et qui mériteraient peut-être d'être développées plus longuement, avec d'autres, dans une discussion ou une étude moins impromptue et plus précise.

M. LEGRAIN ne saurait que se réjouir de la hardiesse innovatrice qui a si bien réussi à Lille, sur l'initiative de M. Raviart. Il est certain que la pratique de la simple « mise en observation » est un adroit subterfuge dont on ne saurait que féliciter le Préfet. Mais c'est là une situation tout à fait irrégulière, au regard de la loi ; son principal inconvénient serait de provoquer de très légitimes récriminations de la part de certaines communes, toujours récalcitrantes quand il s'agit de la note à payer.

M. Raviart a eu l'heureuse chance de passer à côté de telles difficultés, mais aurait-il la même chance en d'autres départements et peut-il se flatter qu'elle durera toujours dans le Nord, bien qu'elle dure déjà depuis 1912.

Les communes, on le sait, versent déjà en maugréant leur quote-part des frais d'entretien quand il s'agit de malades internés d'office ; elles n'ont aucune apparence de raison pour s'y soustraire. Mais un jour peut venir où leur attention serait attirée sur le procédé très habile de la simple mise en observation qui ne constitue pas la qualité d'aliéné pour le patient et qui, par suite, ne crée pas aux communes une obligation formelle à l'assistance de ce patient en qualité d'aliéné.

Ce qu'il faut retenir de l'expérience de M. Raviart c'est que la réalisation du service ouvert est possible ; c'est qu'il a été un heureux précurseur, mais qu'il importe que la loi régularise au plus tôt la situation.

Resterait du reste à critiquer, à Lille comme à Orléans, le mélange des psychopathes libres, non internés, avec les aliénés proprement dits. Ce n'est pas qu'il y ait à redire à un tel contact ; il semble même qu'il puisse y avoir des avantages, ainsi que M. Reynaud l'a constaté. Mais il ne convient pas, dans l'avenir, que les dispensaires de psychothérapie, services hospitaliers largement ouverts, puissent dégénérer par la

force des choses en succédanés d'asile où l'œil de la police et celui de la justice auraient mille prétextes à regarder.

M. Henri COLIN. — Si j'ai bien compris M. le Prof. Raviart, la clinique d'Esquermes s'ouvrirait aux indigents susceptibles de payer le prix de la pension. Mais alors que deviennent les indigents qui ne possèdent aucune ressource ? Il y aurait donc dans le département du Nord une aristocratie indigente et une démocratie ou un prolétariat indigent.

M. RAVIART répond que les Maires et les Préfets ne soulèvent jamais d'objections contre l'envoi à Esquermes des indigents dénués de toutes ressources.

M. COLIN. — Le Nord jouit d'une situation privilégiée, car le grand obstacle au traitement précocé des malades provient en général de la résistance opposée à leur placement par les communes, dans un but d'économie facile à deviner.

M. TRUELLE demande qu'on précise à quels malades sont destinés ces services et en particulier qu'on définisse exactement ce qu'on entend par « petits mentaux ».

M. Pierre KAHN. — Je crois que la tare qui s'attache aux malades atteints de psychopathie, sera moins grande si ces malades peuvent être soignés dans un établissement qui soit un hôpital, ou bien un service spécial d'un hôpital général.

Au sujet des projets de remaniement des conditions d'hospitalisation des malades mentaux, il me semble qu'il serait utile — dans la discussion — de séparer le chapitre médical du chapitre administratif. Le malade mental n'est pas toujours dangereux pour l'ordre social et, dans ce cas, c'est un malade comme le cardiaque ou l'urinaire.

Aussi peut-on admettre qu'à côté des services ouverts des asiles, surtout nécessaires pour des malades, momentanément aliénés, dangereux pour l'ordre public, mais rapidement guérissables (comme certains alcooliques aigus par exemple), il y a place pour des services d'isolement dans les hôpitaux généraux où seraient soignés des infectés ou des intoxiqués présentant mo-

mentanément des manifestations psychiques et aussi pour de véritables *hôpitaux de psychiatrie* où seraient admis des malades atteints de troubles psychiques qui apparaissent comme curables et qui ne nécessitent pas de mesures de protection sociale (psychasthéniques, neurasthéniques, etc.).

M. Henri COLIN. — Je ne saurais partager l'optimisme de M. Kahn. La médecine mentale exige des études préalables comme toutes les autres branches de la médecine. Peut-être éviterait-on ainsi l'envoi des hôpitaux dans les asiles de délires infectieux relevant de la grippe ou de toute autre maladie fébrile.

M. Kahn me permettra aussi de lui dire que les alcooliques ne sont pas précisément des malades de choix pour les services ouverts. Notre collègue Legrain pourrait lui indiquer que, si l'on veut faire œuvre utile, ils devront être placés et j'ajouterai maintenus dans un service fermé.

Enfin le traitement de l'aliénation ne comporte pas seulement un examen médical, il nécessite aussi un classement approprié et des soins donnés par un personnel expérimenté. Je ne crois pas que, sous ce rapport, les services hospitaliers que nous connaissons puissent être cités comme des modèles à imiter.

M. TOULOUSE. — M. Raviart faisant jouer la loi de 1838 (en vertu de l'art. 19 : mise en observation) son service n'est pas un service libre, ouvert comme celui de Sainte-Anne.

Je le répète, la difficulté de ma tentative réside en son siège à Paris. Je la fais, en tâtonnant, sans aucune idée préconçue. M. Truelle demande quels malades je recevrai dans mon service. Je n'en sais rien, je vous le dirai dans un an, laissez-moi crédit.

Quant à savoir quelle est la tentative qui réussira le mieux de l'installation de ces services dans les hôpitaux, ou dans les asiles, nous le verrons, l'avenir sera aux meilleurs.

La séance est levée à 6 heures.

Les Secrétaires des Séances,
RENÉ CHARPENTIER. J. CAPGRAS.

ANALYSES

LIVRES, THÈSES ET BROCHURES

MÉDECINE GÉNÉRALE

Tuberculose. — I. *La Tuberculose en général* (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., 380 pages, A. Maloine et fils, édit., Paris, 1920).

Dans une *Introduction* remarquable, M. le Prof. *Sergent*, esquissant l'histoire générale de la Tuberculose, lutte contre la tendance actuelle à élargir de manière véritablement excessive le cadre des formes atypiques, tant cliniquement qu'anatomiquement, de la tuberculose. Puis, exposant l'évolution clinique générale de la maladie, il en montre le polymorphisme anatomo-clinique, les conditions pathogéniques et étiologiques, les éléments généraux du diagnostic et du pronostic, tandis que M. *Ribadeau-Dumas* expose les généralités anatomo-pathologiques, bactériologiques et expérimentales.

Dans un chapitre de généralités sur l'hygiène générale et alimentaire et sur la thérapeutique, M. *Sabourin* expose les principes de la cure d'air et de repos, de l'héliothérapie, M. *J. Roux* la thalassothérapie et l'hygiène alimentaire et M. *Gimbert* (de Cannes), les indications et la technique de la cure de travail. M. *André Jousset* expose les résultats du traitement spécifique : tuberculinothérapie illogique, inefficace et dangereuse, sérothérapie qui est au contraire, à son avis, le meilleur traitement que nous ayons à opposer aux formes jeunes et actives de la bacillose. Enfin, M. *J. Roux* (de Cannes) traite de la chimiothérapie, de la pharmacothérapie, de la crénothérapie, tandis que M. *J. Bertier* (de Grasse), après avoir indiqué les divers procédés de traitement chirurgical proprement dit et les procédés mécaniques, expose le mode d'action, les indications, la technique opératoire et les résultats du *pneumothorax artificiel*.

thérapeutique de Forlanini. Il clot cet exposé par l'étude de la rééducation respiratoire.

Le livre se termine par un important chapitre consacré par *M. Gimbert* (de Cannes), à la *prophylaxie de la tuberculose*. Le premier devoir est d'isoler le porteur de germes après déclaration obligatoire, soit chez lui, à domicile, soit dans un sanatorium. C'est ensuite de détruire le germe dans ses habitats par leur désinfection et par la prophylaxie alimentaire, de protéger ceux qui ont vécu dans le voisinage de l'agent infectant (nouveaux-nés, enfants à l'école, adolescents, adultes au service militaire, fiancés, etc...). Mais la lutte ne serait pas complète si l'on ne s'appliquait à réaliser des conditions meilleures de vie et l'hygiène morale des sociétés. La prophylaxie tuberculeuse et la prophylaxie mentale ont des devoirs communs qui sont, entre autres, la lutte contre l'alcoolisme, la syphilis, les épidémies, la réglementation du travail, l'inspection d'hygiène et les offices publics d'hygiène sociale.

René CHARPENTIER.

Tuberculose. — 11. *La Tuberculose de l'Enfant et de l'Adulte. Les Tuberculoses viscérales* (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol. 812 pages, A. Maloine et fils, édit., Paris, 1921).

Dans la première partie de ce volume, après les chapitres consacrés par *M. Ribadeau-Dumas* à l'étude de la tuberculose chez l'enfant, de son traitement et de sa prophylaxie, M. le Professeur *Sergent* expose d'une façon très intéressante et très claire ses opinions sur la *scrofule*, les affinités et la répercussion réciproque de la *scrofule*, de la *scrofulo-tuberculeuse* et de la *syphilo-scrofule*.

La deuxième partie traite de la tuberculose de l'adulte et débute par une excellente description des *tuberculoses aiguës* par *M. Gimbert* (de Cannes), suivie des chapitres sur la tuberculose du *naso-pharynx* et la tuberculose *laryngée* par *M. Bellin*, la *tuberculose pulmonaire chronique* par *M. Bertier*, la tuberculose des *séreuses*, par *M. Courcoux*, le *pneumothorax tuberculeux* par *M. Labro*, la tuberculose du *médiastin*, du *cœur* et des *vaisseaux*, du *foie*, du *pancréas*, de la *rate* par *M. Ameuille*, de l'appareil *urinaire* par *M. Michon*, du *tube digestif* et du *péritoine* par *M. Pruvost*, le *rhumatisme tuberculeux* par *M. Grenet*.

Signalons ici spécialement les chapitres consacrés par M. Nadal à la tuberculose du *système nerveux* (méningite tuberculeuse, tubercules encéphaliques, abcès tuberculeux du cerveau, pachyméningite tuberculeuse cérébrale, tuberculose méningo-médullaire au cours du mal de Pott, tuberculose primitive de la moëlle et de ses méninges). On regrette de n'y pas trouver mentionnées les formes si intéressantes de pseudo-paralysie générale tuberculeuse décrites par Klippel et étudiées également par Vigouroux.

René CHARPENIER.

Ophthalmologie et Otologie dans la pratique médicale, par MM. SIEUR, POULARD, BAILLIART, BOURGEOIS (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol. 536 pages, A. Maloine et fils, édit., Paris 1922).

Une introduction dans laquelle M. le médecin-inspecteur général Sieur énumère les relations des affections oculaires et des affections de l'oreille avec les différentes maladies montre au médecin praticien comment ce volume qui lui est destiné traite des notions qui lui sont nécessaires. *L'examen de l'œil* dont la technique est exposée par M. Bailliart est en effet indispensable à la séméiologie du système nerveux. Beaucoup des chapitres écrits par M. Bailliart et par M. Poulard (maladies de la rétine, du nerf optique, etc..., troubles fonctionnels de l'appareil nerveux optique, paralysies oculaires, modifications pathologiques de la pupille, troubles de la motilité des paupières, nystagmus, troubles sensitifs de l'appareil oculaire, etc.), sont étroitement liés à l'étude des affections du système nerveux.

M. Bourgeois expose très cliniquement les affections de l'oreille, dans des chapitres excellents parmi lesquels ceux concernant les maladies de l'oreille moyenne (abcès du cerveau, abcès du cervelet, méningites, etc...) et de l'oreille interne (labyrinthites, maladie de Ménière, etc...), les affections du nerf auditif et des centres nerveux auditifs intéressent plus directement nos lecteurs.

R. C.

Infections parasitaires, par MM. NEVEU-LEMAIRE, AMEUILLE, J. TROISIER, PAISSEAU, GOUZIEN, ABRAMI, RAMOND (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-

DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., 575 pages, A. Maloine et fils édit., Paris, 1921).

Excellent livre qui contient l'exposé des maladies parasitaires : helminthiases, myases, protozooses (maladie du sommeil, leishmanioses, spirochétose ictéro-hémorragique, typhus récurrent, fièvre jaune, paludisme, dysenteries, etc.) et mycoses, avec de nombreuses figures et cartes.

R. C.

Infections à germe connu (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., 628 pages, A. Maloine et fils, édit., Paris, 1921).

L'intéressant article de pathologie générale sur l'Infection dû à M. le Professeur Hutinel et à M. Darré est suivi de la description par MM. Lenglet et Ayrignac des Infections typhoïdes, psittacoses et salmonelloses. M. Philibert a écrit les chapitres consacrés aux Septicémies³ septico-pyohémies et à l'érysipèle de la face. Citons encore les Infections anaérobies, par M. Paillard, l'excellent article de M. Milhît sur la diphtérie, la méningite cérébro-spinale épidémique, par M. Baur, le tétanos, par M. Lemierre, le choléra, par M. Violle, la peste, par M. Marcaudier, la lèpre, par M. Ameuille, la fièvre de Malte (Mélitococcie), par M. Henri Roger, le charbon, dû à M. Boidin, la morve, par M. Martel, le pian (Framboesia), par M. Botreau-Roussel, la fièvre de la Oroya et Verruga Péruvienne par M. Neveu-Lemaître.

R. C.

Infections à germe inconnu (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., 386 pages, A. Maloine et fils, édit., Paris, 1921).

Après les chapitres consacrés par M. Hallé à la scarlatine et à la rubéole, M. Armand-Delille a écrit les importants chapitres sur la rougeole, la grippe et la dengue. La varicelle est étudiée par M. H. Grenet et l'article sur la variole a été écrit peu avant sa mort, par le regretté Esmein. Il faut citer aussi les chapitres sur la vaccine, par M. Pierre Gastinel, le typhus exanthématique, par M. Philippon, la suette, par M. Marchoux, les rhumatismes infectieux, par M. Grenet, les oreillons, par M. Dopfer, la coqueluche, par MM. Weill et Rehn (de Lyon), la rage, par M. Thévenot. Pour

terminer, M. Violle expose les notions actuelles, assez obscures, sur la *sprue*, ou diarrhée de Cochinchine.

R. C.

Appareil digestif, par Jean-Charles ROUX, CHOMPRET, Gaston DURAND, BRISSAUD, MOUTIER, BENSAUDE, TRÉMOLIÈRES, CAUSSADE (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., 780 pages, A. Maloine et fils, édit., Paris, 1921).

Dans un chapitre très intéressant, qui sert d'Introduction à ce volume, M. Jean-Charles Roux étudie les conditions générales et les réactions individuelles qui dominent l'évolution des affections digestives. Parmi les facteurs qui peuvent intervenir pour modifier l'évolution des affections digestives, il note trois facteurs, qui tous intéressent la neuro-psychiatrie : l'*inanition*, les *troubles du système nerveux viscéral* et les *désordres psychiques*. C'est dire l'intérêt pour nos lecteurs de ce traité de pathologie digestive si souvent associée dans la pratique aux troubles neuro-psychiques. Parmi les troubles du système nerveux viscéral, M. Jean-Charles Roux note les troubles du fonctionnement de l'appareil nerveux viscéral moteur et sécrétoire dans les gastro-entéropathies (sympathicotomie et vagotonie), l'hyperesthésie du grand sympathique, l'exagération des réflexes viscéraux et les cercles vicieux réflexes. L'étude des désordres psychiques se borne à l'étude des « inquiets » et à l'étude de l'automatisme et de la suggestibilité dans l'« hystérie digestive ». L'auteur est le premier d'ailleurs à qualifier d'artificielle cette séparation de causes le plus souvent associées chez les névropathes et chez les aliénés.

Après l'exposé, par M. Chompret, de la *pathologie et hygiène buccale*, M. Gaston Duraud expose les maladies de l'*œsophage* et de l'*estomac*. Les maladies de l'*intestin* sont décrites par M. Brissaud, M. Moutier qui étudie en particulier les syndromes nerveux abdominaux et les crises solaires et M. Beusaude dont on connaît les beaux travaux sur la Rectoscopie.

Signalons enfin l'article très didactique par lequel MM. Trémolières et Caussade (de Nancy), terminent cet important ouvrage en passant en revue la pathologie très étendue du *péritoine* (à l'exception de la tuberculose), dont les manifestations ne sont presque toujours que la déter-

mination secondaire de l'infection ou de l'intoxication de tout l'organisme ou d'un organe voisin.

René CHARPENTIER,

Syphilis, tome II, par MM. Ed. FOURNIER et Pierre FERNET (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, 1 vol., 280 p., A. Maloine et fils, édit., Paris, 1921).

Dans une *première partie*, M. Pierre Fernet, étudiant la *Syphilis acquise de l'enfant*, qui est loin de constituer une rareté, montre qu'elle n'offre aucune différence essentielle avec la syphilis acquise de l'adulte. L'enfant, né de parents indemnes ou guéris de l'infection, contracte plus fréquemment la syphilis par les voies extra-génitales (allaitement, baiser, jouets, linge et objets divers, interventions chirurgicales, etc.). Les chancres génitaux peuvent être la conséquence d'un attentat criminel ou, plus souvent, constituer une localisation purement accidentelle du tréponème (objets de toilette, éponges, circoncision, etc.). Si dans la deuxième enfance, la maladie est en tous points calquée sur celle de l'adulte, elle peut, par contre, dans la première enfance, entraîner des accidents tardifs, comparables à ceux de l'hérédo-syphilis.

La *deuxième partie* est consacrée par M. Ed. Fournier à l'étude de la syphilis héréditaire de l'enfance et de la syphilis héréditaire tardive. L'auteur conclut à l'existence d'une syphilis héréditaire à la deuxième et même à la troisième générations et montre les conséquences meurtrières de la syphilis acquise et de la syphilis héréditaire sur la descendance. Il donne ensuite une excellente description, avec figures, à l'appui des symptômes-renseignements qui peuvent servir à établir un diagnostic rapide de la syphilis héréditaire (mauvais état général, bronchite, coryza, cri, convulsions, céphalées, hypertrophie du foie et de la rate, tuméfaction des testicules, pemphigus, pseudo-paralysie de Parrot, manifestations cutanées multiples, crevasses, fissures et cicatrices des lèvres et de la langue, etc...).

Parmi les manifestations viscérales et osseuses, M. Ed. Fournier s'étend, à juste titre, sur les *lésions du système nerveux*, qui est peut-être le plus éprouvé par la syphilis héréditaire et l'un des plus précocement éprouvés, et sur les lésions des *glandes endocrines* dont l'importance en pathologie s'accroît de jour en jour. Il conclut en terminant que

tout enfant, issu de parents syphilitiques, doit être soumis au traitement, même s'il est réputé sain.

Ce livre d'une édition soignée et d'une illustration très didactique, se termine par un chapitre de M. Pierre Fernet sur la *Syphilis héréditaire tardive*, dont les manifestations sont, le plus généralement, des accidents de modalité tertiaire. On sait combien nombreuses sont les affections d'ordre neurologique ou psychiatrique qu'on a maintenant tendance à placer sous la dépendance de la syphilis héréditaire tardive.

René CHARPENTIER.

Appareil circulatoire, par MM. VAQUEZ, LIAN, HEITZ, LECONTE (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS, BABONNEIX, A. Maloine et fils, édit., Paris, 1922).

Un gros volume de 1071 pages est consacré par les auteurs à l'étude des maladies de l'appareil circulatoire. Après une remarquable introduction, dans laquelle le professeur Vaquez expose les progrès considérables accomplis par la Cardiologie, M. Camille Lian donne une description très détaillée, très complète et très claire des *Maladies du cœur* qui, à elle seule, constitue la matière d'un volume de 600 pages, donnant, en particulier, un exposé très intéressant des troubles du rythme cardiaque.

M. Jean Heitz, dont on connaît la grande expérience des *Affections de l'Aorte et des Artères*, en fait un exposé très méthodique et très complet.

L'étude des *Maladies des veines et des vaisseaux lymphatiques*, par M. Marc Leconte, termine cet important ouvrage illustré d'un grand nombre de figures et de schémas. La place ayant manqué, c'est dans le volume de Pédiatrie de la même collection que l'on devra chercher l'article du Prof. Nobécourt sur le *Cœur chez l'enfant*.

René CHARPENTIER.

Appareil respiratoire, tome I, par MM. Emile SERGENT, D'HEUCQUEVILLE, BELLIN, FLURIN, COURCOUX, ARMAND-DELILLE (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, A. Maloine et fils, édit., Paris, 1922, 1 vol., 395 pages).

Après une introduction dans laquelle M. le professeur

Sergent expose les règles générales qui doivent guider le médecin dans l'examen, le diagnostic, la prophylaxie et le traitement des maladies des voies respiratoires, *M. d'Heuqueville* étudie l'*Insuffisance respiratoire* et indique les principes à suivre dans l'*Education* et la *Rééducation respiratoires*. Après l'exposé par *M. Bellin* des affections du *rhino-pharynx* et du *larynx*, *M. Flurin* (de Caunterets) termine par un exposé très clinique des maladies de la *trachée* et des *bronches* l'étude des maladies des voies respiratoires supérieures. Dans une troisième partie, l'étude des maladies aiguës des *poumons* et de leur traitement est faite par *M. Courcoux* et par *M. Armand-Delille* dont on connaît la compétence spéciale.

R. C.

Hygiène et Régimes, par MM. G.-H. LEMOINE et F. RATHERY (in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, publié sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et L. BABONNEIX, 1 vol. 590 pages, A. Maloine et fils, édit., Paris, 1921).

La première partie de ce volume due à M. le Médecin-Inspecteur général *Lemoine* et consacrée à l'hygiène dans la pratique médicale expose d'abord les notions indispensables d'*hygiène générale* : hygiène urbaine, hygiène de l'habitation (monuments publics, habitations privées, habitation populaires, etc...) dans leurs rapports avec l'air, la lumière solaire, les eaux de boisson, le chauffage, l'éclairage, l'évacuation des matières usées, etc... M. Lemoine envisage ensuite l'hygiène alimentaire au point de vue de l'hygiène publique (qualités des farines et du pain, fraudes, abattoirs et inspection des viandes, etc...) et termine par l'étude de tout ce qui a trait à la *prophylaxie* et à l'*hospitalisation*, chapitre qui intéresse particulièrement les chefs de service ou directeurs des établissements hospitaliers publics ou privés.

Dans une deuxième partie, *M. Rathery* complète ce volume de pratique médicale par l'exposé des bases scientifiques servant à établir l'alimentation de l'homme, l'étude de la ration alimentaire et des divers régimes alimentaires à indiquer aux malades, faisant souvent sienne cette phrase de Sydenham : « Il faut attacher plus d'importance aux préférences et aux sensations du malade qu'aux règles souvent trompeuses et douteuses de l'art médical. » Le médecin doit toujours s'incliner devant le fait d'observation

clinique et le contrôle des régimes se fait par l'étude du poids, de l'état général du sujet, la force musculaire, la tension artérielle, la stabilité thermique, la numération globulaire, le dosage de l'hémoglobine. l'étude des urines. Article essentiellement pratique dans lequel l'auteur, dont on connaît la grande compétence, est resté sur le terrain solide de la clinique.

René CHARPENTIER.

NEUROLOGIE

Neurologie [2 volumes, in *Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée*, sous la direction de MM. Emile SERGENT, L. RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX, A. Maloine et fils, édit., Paris, 1921].

Après une Introduction dans laquelle M. le professeur Pierre Marie esquisse l'historique de la pathologie du système nerveux et de ses acquisitions récentes, M. Ch. Foix expose les *Affections des hémisphères cérébraux*. Au cours de ce chapitre qui débute par un résumé destiné à rappeler au praticien les notions indispensables d'anatomie et de physiologie du cerveau, et qui se termine par l'étude de l'encéphalite léthargique, M. Foix expose avec clarté les notions actuelles sur l'Aphasie.

Les *syndromes bulbaires, protubérantiels, pédonculaires et cérébelleux* sont étudiés par M. Regnard dont l'exposé est suivi d'un article très didactique et très complet de M. André Thomas sur les tumeurs cérébrales.

Suivent ensuite les articles très cliniques de M. Lejary sur les affections de la *moëlle épinière*, de Mme Dejerine et M. Gauckler sur les *radiculites*, de M. Stephen Chauvet sur les *méningites aiguës*, de M. Guillain sur les *hémorragies méningées*, de MM. Babonneix et Roger Voisin sur les *méningites chroniques*.

Ce premier volume se termine par l'étude de l'épilepsie faite par MM. Laignel-Lavastine et Roger Voisin.

Dans un *deuxième volume*, les *paralysies des nerfs moteurs* sont exposées par M. Froment, les *névralgies* et la *migraine*, par M. Sicard dont on connaît les beaux travaux sur cette question. M. Tinel termine cet exposé des affections des nerfs par l'étude des *polynévrites* et des *tumeurs des nerfs*.

M. Lhermitte, dans un intéressant chapitre, passe en revue les *lésions vasculaires primitives* de l'encéphale et de la

moëlle épinière et M. Crouzon, après un aperçu des notions générales sur l'hérédité des maladies familiales donne la description des nombreuses *maladies familiales du système nerveux*.

M. G.-A. Weill donne un abrégé très clair des notions indispensables sur le *vertige*, les phénomènes vestibulaires pathologiques et les épreuves vestibulaires dans le diagnostic des affections cérébelleuses. L'exposé de la *Maladie de Parkinson* est dû à M. Souques dont on se rappelle le remarquable rapport sur cette question à la réunion neurologique de 1921.

M. Chatelin décrit ensuite successivement l'*atonie musculaire congénitale* (maladie d'Oppenheim), l'*hémiatrophie faciale progressive*, les *spasmes*, les *tics*, l'*adipose douloureuse* ou maladie de Dercum. M. Roger Voisin, les *atrophies* et les *hyperthrophies musculaires*. M. Clovis Vincent fait l'examen des notions actuelles sur l'*hystérie* et le pithiatisme, depuis le démembrement et la mise au point heureusement réalisées par son maître Babinski, et sur les *troubles nerveux, dits réflexes ou physiopathiques*.

Après une synthèse par MM. Roussy et Lhermitte de ce qu'on a appelé la neurologie de guerre, ce volume se termine par un aperçu de *Chirurgie du système nerveux*, dans lequel M. Th. de Martel résume ses beaux travaux personnels sur la chirurgie crânienne, vertébrale et nerveuse.

Ces deux volumes, illustrés de nombreuses figures, et dont les collaborateurs ont tous été choisis parmi les plus qualifiés, représentent une mise au point indispensable de l'état actuel de la pathologie nerveuse et figureront dans la bibliothèque de tous ceux qui ont à examiner des malades atteints d'affections du système nerveux central ou périphérique.

René CHARPENTIER.

PSYCHIATRIE

RAYMOND MALLET, Le Pavillon H. Editions G. Crès, Paris, 1921.

Le Dr MALLET vient de nous donner le Pavillon H. Sous ce titre, il a, comme il le dit lui-même, réuni « quelques croquis d'un centre de psychiatrie de guerre ». Comme Duhamel dans *Sa Vie des Martyrs*, le Dr Mallet nous montre les victimes de la guerre. Mais ici, il ne s'agit plus de blessés, c'est à des malades spéciaux que nous avons à faire et dans

le Pavillon H, le Dr Mallet fait sentir et comprendre la tristesse si grande, l'émotion si poignante de ces services.

Au début, il nous présente le Pavillon H, « honteux, semble-t-il, des barreaux placés à ses fenêtres ».

Un étroit perron conduit dans un couloir où l'on se heurte à des portes marquées d'un mot : Isolés, qui se tiennent obstinément closes et discrètes, ne laissent passer que les échos étouffés et étrangement confondus de rires, de sanglots, de chants religieux, de joyeux refrains ». Et ces derniers mots caractérisent chacun des malheureux qui vont nous être présentés.

Parmi tant de tristesses et de misères, des anecdotes amusantes, telle la leçon d'anglais.

On s'étonne qu'un Américain arrivé au Pavillon H dans un état d'excitation coléreuse nie avoir faim. Tout ceci parce que le major demandait bien en anglais au malade : — Avez-vous faim ? mais celui-ci entendait : — Etes-vous en colère ? Are you hnngrny ? s'informait le médecin sans prononcer l'h. — Are you angry ? comprenait le malade qui répondait un : not at all (pas du tout) chaque fois plus vigoureux pour bien montrer que sa colère du début était tombée.

Ou bien encore ce conseil de réforme composé d'un colonel fatigué, d'un intendant militaire, d'un commandant de recrutement et d'un capitaine de gendarmerie qui ne semble pas étonné de se trouver là. Tous ces galons décident. De l'autre côté de la table, un médecin donne son avis avec l'autorité de ses deux ou trois ficelles.

Dans ce petit livre, on retrouve toutes les qualités de M. R. Mallet, écrivain délicat, observateur ému et attentif, clinicien averti.

A. C.

PSYCHIATRIE

La Démence chez les Epileptiques, par M. BRISSOT et H. BOURILHET (1 vol., 114 pages, Maloine et fils, édit., Paris, 1921). (Ouvrage couronné par la Société médico-psychologique, Prix Belhomme, 1913).

Dans cet excellent petit livre, MM. Brissot et Bourilhet présentent l'étude clinique de la démence épileptique et des autres états démentiels que l'on peut observer chez les épileptiques. Ils passent d'abord en revue les notions étiologiques se rapportant à l'affaiblissement progressif et incurable de l'intelligence qui survient chez certains comitiaux après une durée plus ou moins longue de la maladie.

A l'aide de 33 observations, les auteurs exposent ensuite les symptômes psychiques et physiques qui caractérisent ces états démentiels, insistant sur l'obtusion intellectuelle, le ralentissement psychique, la bradypsychie comitiale (Ducosté), l'amnésie, la perte des notions acquises par l'instruction et l'éducation, l'incohérence, les troubles du caractère. Ils passent rapidement en revue les diverses variétés cliniques de ces états, leur évolution et, en exposent le diagnostic différentiel, insistant sur le diagnostic et les rapports de la démence épileptique et de la paralysie générale (Colin et Mignard, Pactet).

MM. Brissot et Bourilhet terminent enfin cette intéressante monographie par l'exposé des résultats thérapeutiques obtenus par eux à l'aide de divers traitements de l'épilepsie. Leur préférence va au gardénal dans les cas à attaques répétées violentes s'accompagnant d'agitation et au tartrate borico-potassique (Marie et Crouzon), dans l'épilepsie démentielle à forme vertigineuse.

René CHARPENTIER.

De l'anaphylaxie et du déséquilibre du système nerveux organo-végétatif dans la folie intermittente, par Daniel SANTENOISE (Thèse, Paris, 1922).

La constitution cyclothymique, terrain d'élection pour la folie intermittente, est demeurée jusqu'ici une notion clinique certaine, mais caractérisée uniquement par des signes tirés d'une anamnèse psychologique, finement recherchée. L'auteur, en une patiente série de travaux, a tenté d'établir cette notion sur des bases objectives. Il remarqua d'abord que chaque paroxysme anxieux, chaque accès maniaque ou mélancolique est précédé d'une crise vasculo-sanguine, analogue en tout à la crise hémoclasique de Widal, témoin ordinaire du choc anaphylactique. Puis il vit que leucopénie et inversion de la formule leucocytaire sont fonction d'une vaso-constriction périphérique qui dépend elle-même du système neuro-végétatif. L'étude de l'hémoclasie digestive et du réflexe oculo-cardiaque montrèrent que ces deux phénomènes se développaient parallèlement et dans le même sens. Du même coup, le réflexe oculo-cardiaque, de technique plus aisée, devint un moyen d'exploration rapide et commode du tonus neuro-végétatif. Or, il est remarquable de noter que les paroxysmes anxieux, les accès périodiques, sont annoncés par une crise hémoclasique et ne sont possibles que dans les états d'hyperva-

gotonie, une hypovagotonie marquant au contraire les périodes intercalaires. Les intermittents apparaissent donc comme des déséquilibrés constitutionnels du système nerveux organo-végétatif. Les variations du tonus de ce système permettent d'expliquer chez eux l'apparition des accès à l'origine desquels on doit envisager l'existence d'un état anaphylactique de pathogénie, bien mystérieuse encore. C'est là une interprétation originale que permettait seule la féconde alliance du laboratoire et de la clinique.

Quel que soit l'avenir de cette conception et si profondément que la doivent modifier les recherches nouvelles, les psychiatres ne peuvent qu'accueillir avec reconnaissance le secours apporté à la clinique mentale par l'application des données de physiologie normale et pathologique déjà reçues en médecine générale, et enrichies par un des leurs.

Albert BROUSSEAU.

Du maniérisme dans la démence précoce et dans les autres psychoses, par le Dr Charles REBOUL-LACHAUX (Thèse, Montpellier, 1921).

L'auteur, suivant une tradition trop souvent abandonnée, commence fort heureusement par définir ce dont il entend traiter. C'est l'occasion d'une introduction historique où ne figure point la seule évolution des doctrines psychiatriques. Montesquieu, Rousseau, Marivaux, qui raffinèrent en ce genre, Th. Gautier qui créa peut-être le mot, y sont invoqués fort à-propos. Les variétés du maniérisme, qu'il caractérise, la mimique, les attitudes, le costume le langage parlé ou écrit, aussi bien que les façons affectées des enfants et des animaux, y font l'objet d'une description vivante. En somme, nous entendons par maniérisme ces manifestations motrices qui traduisent l'affectation ainsi que celles qui n'en donnent que l'impression. C'est précisément grâce à ce dernier caractère que l'on peut parler de maniérisme dans la D. P. Dans ce syndrome, en effet, la discordance fondamentale ne permet pas de rattacher avec certitude à une activité consciente volontaire les manifestations motrices observées. L'incapacité où nous sommes de tenir le contact avec l'automatisme déconcertant des hébéphréniques, rend hasardeuse toute tentative de psychogénèse. Il faut savoir gré à M. Reboul-Lachaux d'avoir prudemment évité le péril où l'eussent mené les hypothèses psychologiques. Il a marqué au contraire comment, dans la débilité mentale, dans l'hystérie, dans les états délirants, au cours

de la psychose périodique, le maniérisme, symptôme de second plan, n'est que la traduction motrice cohérente avec le processus psychologique qu'il prolonge. Il propose aussi une interprétation séduisante du maniérisme chez les épileptiques. Elle se fonde sur le sentiment confus de leur infériorité psychique et physique et sur la recherche instinctive d'un bienveillant appui que manifestent si souvent ces malades.

Cette étude, basée sur des observations nombreuses où s'affirme une expérience déjà riche et un solide bon sens très averti, constitue un précieux apport à l'édifice primordial de la sémiologie clinique.

Albert BROUSSEAU.

Le diagnostic des syndromes paralytiques chez les syphilitiques, en dehors de la paralysie générale. Limitation du domaine de cette maladie, par le D^r Louis PARANT (Thèse, Paris 1922).

L'orientation de ce travail fut déterminée par l'étude des faits de rémission ou de P. G. prolongées. L'auteur nous apporte dix cas personnels où l'on dut réformer le diagnostic de P. G. précédemment porté. Se basant alors sur sa contribution propre et sur une critique serrée des nombreux cas épars dans la littérature, il montre avant tout comment la syphilis cérébrale diffuse peut prendre l'apparence de la P. G. et entraîner ainsi une abstention thérapeutique quasi-générale, en même temps que les plus grands dommages d'ordre moral, administratif et judiciaire. Il importe donc que le diagnostic ne s'appuie pas principalement sur un syndrome humoral qui n'est encore qu'une signature de neuro-syphilis. Il faut aussi ne pas étiqueter du terme dysarthrie paralytique « signe mortel », un trouble de la parole hâtivement apprécié, et apparaissant chez un syphilitique avéré. La valeur de la céphalée est, à juste titre, soulignée ; le psycho-diagnostic, enfin, marquant les nuances entre le déficit fragmentaire du syphilitique cérébral diffus, et le déficit global du paralytique général, demeure la clef de voute du diagnostic différentiel. Puisse le laborieux effort de l'auteur susciter quelques révisions et surtout empêcher que l'on n'abandonne sans secours les pseudo P. G. à une évolution bientôt irrémédiable. Ce sera la meilleure récompense, et la plus féconde.

Albert BROUSSEAU.

V. GRIFFON, *Considérations sur la Paralyse Générale et la guerre*, Th. Bordeaux, 1921.

Dans cette thèse, dont on peut regretter qu'elle ne comporte aucune observation, l'auteur reproduit la statistique faite par le Dr Benon au quartier d'hospice de Nantes. Après avoir résumé l'ensemble des notions acquises sur la nosographie de la P. G., et rappelé quelles furent, au cours de la guerre, les opinions diverses sur l'influence de la vie du front sur le développement de la P. G., l'auteur, se fondant sur la statistique de Nantes, en conclut que la guerre n'a pas augmenté le nombre de P. G., et cependant qu'il est rationnel d'indemniser ceux chez qui la maladie s'est développée à l'occasion des fatigues de la guerre.

JOURNIAC et ALAIZE. — *Statistique des militaires aliénés placés à l'Asile St-Pierre à Marseille pendant la guerre 1914-18.*

La Commission Administrative de l'asile autonome St-Pierre de Marseille a décidé de faire éditer à ses frais la très intéressante statistique établie par MM. Journiac et Alaize concernant les militaires aliénés placés dans cet asile pendant la guerre.

Privé de son médecin-adjoint, de ses internes et d'une grande partie de ses infirmiers, M. Journiac a dû, avec l'aide d'un médecin réfugié, assurer un service où passèrent pendant la guerre, en dehors de la population civile, 1.028 militaires aliénés.

De la statistique qui porte sur ce grand nombre de cas découlent des données intéressantes.

L'âge où les entrées furent le plus nombreuses était 30 ans, la fréquence des entrées décroissant progressivement au delà. Pour les malades qui sont sortis guéris, le maximum de fréquence des entrées était au contraire de 20 à 25 ans.

La moitié des malades (518) sont sortis guéris ou améliorés, contre 292 sortis, transférés, ou restés à l'asile dans le même état ; il y eut 214 décès et pas un suicide. La durée de séjour de ceux qui ont guéri a été le plus souvent de 3 à 6 mois.

La confusion mentale (167), la débilité mentale avec accidents surajoutés (155), et la dépression mélancolique (141) ou mélancolie (70) sont les diagnostics de beaucoup les plus fréquents. Les états maniaques qui viennent ensuite n'ont été observés que 77 fois.

Il y eut 70 cas de P. G., soit moins de 7 0/0 de l'ensemble des cas observés : 9 officiers, 9 sous-officiers et 52 soldats. Dans la même période, au contraire, il entra à l'asile 168 P. G. non militaires, sur 871 entrées hommes, soit 19 0/0.

De 28 à 48 ans, le nombre de cas de P. G. est à peu près constant, avec trois maxima à 30, 35 et 45 ans. Sauf 2 cas, la durée la plus longue de l'évolution fut de 2 ans et 9 mois.

Louis PARANT.

JOURNAUX ET REVUES

PSYCHIATRIE

Le Réflexe conditionnel en hygiène mentale, par Will.-H. BURYHAM, *Mental Hygiene*, oct. 1921.

L'auteur, partant des expériences classiques de Pawlov et de ses élèves, montre que l'éducation représente avant tout l'organisation d'un système de réflexes conditionnels. Soumis, comme les réflexes physiologiques à l'inhibition déterminée par l'intervention d'un élément nouveau, inhibition qui peut elle-même être suspendue par la production d'une excitation surajoutée. L'*ajustement* à une situation nouvelle signifie l'association de stimuli et d'inhibitions, le progrès de l'individu consistant en l'inhibition ou la dissociation de réflexes devenus inutiles. C'est aussi bien la condition du souvenir que celle de l'oubli. Il faut donc tendre, dès l'enfance, à composer des réflexes conditionnels en harmonie avec le milieu social, et, dans les cas d'inadaptation, s'attacher à la recherche des inhibitions qui entravent également les progrès scolaires et le développement des bonnes habitudes nécessaires à la santé psychique. Il est intéressant de noter que l'établissement des réflexes conditionnels se fait parallèlement au développement des voies d'association dans le cortex.

Albert BROUSSEAU.

Etat de rêve vrai par épuisement aigu, par le Pr. Giovanni MARRO (*Archivio di antropologia criminale*, vol. XXXIX, fasc. III-IV).

Le Pr. Marro rapporte l'histoire curieuse, de fabulation et d'auto-accusation, concernant un haut fonctionnaire civil

autrichien fait prisonnier, pendant la guerre, à son poste de Monfalcone et qui charmait ses loisirs d'interné civil par des excès vénériens. Le cadre morbide présenté par le malade rentre dans le groupe des états de rêve vrais de De Sanctis, mais il présente les particularités suivantes : le subconscient onirique qui a fourni son thème au délire est, ici, constitué par un système complexe, mais bien coordonné, de rêves — il y eût plusieurs rêves successifs séparés par des intervalles de veille à peu près complète — échelonnés sur une période de sept jours après lesquels, lorsque le réveil fut définitif, un délire coordonné, de courte durée, fut constitué. Il est remarquable que, dans ce cas, la psychoanalyse a montré que le système particulier de rêves a été révélateur des éléments principaux de la personnalité psychologique du malade.

LUCIEN LAGRIFFE.

Dangers du gardénal, par VULLIEN, P. COMBEMALE et COURTEVILLE, *Echo médical du Nord*, n° 47, 1921.

Les auteurs tout en reconnaissant au médicament des effets thérapeutiques supérieurs à ceux du bromure, du moins dans les accidents convulsifs, ont constaté que le gardénal n'était pas exempt d'inconvénients. C'est ainsi qu'ils rapportent deux observations d'épileptiques qui, ayant des crises peu fréquentes, mais des troubles profonds du caractère, ont vu ces derniers prendre une acuité extrême du fait du traitement par le gardénal (0 gr. 20 et 0 gr. 30). Il est vrai que les deux malades soumis au traitement bromuré (4 et 5 gr.), ont été brusquement sevrés de ce produit pour l'administration du gardénal.

Dans une troisième observation, un épileptique ayant une moyenne de 3 crises tous les 2 jours, malgré l'absorption de 4 gr. de bromure pendant 6 mois, est mis au gardénal ; les crises diminuent alors. Au bout de 2 mois et demi, le traitement anti-convulsif est suspendu ; les crises réapparaissent, fréquentes, puis, au bout de 6 jours, s'installe un *état de mal* qui dure 15 jours.

Enfin, dans une quatrième observation, un épileptique soumis au traitement bromuré sans résultats appréciables sur les crises (3 gr. pendant 10 mois), voit ces dernières disparaître avec le gardénal (0 gr. 20, pendant 5 mois). La médication étant alors supprimée, apparaît un état de mal suivi de décès.

P. BEAUSSART.

Amnésie consécutive à une tentative de pendaison, par VULLIEN, P. COMBEMALE et COURTEVILLE. *Echo médical du Nord*, n° 31, 1921.

Tentative de pendaison exécutée un matin par un mélancolique à idées de culpabilité. Amnésie complète et durable, s'étendant sur toute la journée de la tentative de suicide ; l'intention de mettre fin à ses jours est, de plus, niée par le malade. Il est à remarquer que deux tentatives antérieures, moins graves (mutilation légère avec objets coupants), sont également niées comme telles. Bien que les troubles mnésiques soient de notion classique dans les pendaisons, il subsiste un doute sur la sincérité du malade ; le mélancolique qui veut aboutir au suicide oppose souvent les dénégations les plus absolues aux faits les plus évidents qui concernent des tentatives avortées. Il est intéressant de rappeler d'autre part, que parfois des tentatives de suicide amnésiques sont déterminées chez des mélancoliques par un automatisme comitial intercurrent.

P. BEAUSSART.

Encéphalite épidémique ; troubles du caractère et hypomanie chez une enfant, par P. COMBEMALE, VULLIEN et SELOSSE. *Echo médical du Nord*, n° 6, 1922.

En novembre 1919, apparition d'un syndrome neurologique d'encéphalite épidémique (pyrexie, hypersomnie), suivi au bout de 2 mois par des troubles psychopathiques progressivement croissants : excitation psycho-motrice hypomaniaque, n'ayant nullement cédé depuis près de 2 ans. Signes neurologiques actuellement décelables : strabisme léger, réflexe accommodatif pupillaire aboli, convergence impossible, acuité visuelle amoindrie. Avec raison, les auteurs pensent à un processus virulent encore en évolution. Ils attribuent à une dégénérescence héréditaire l'état pervers et les troubles du caractère qui, latents, ont été révélés par l'état infectieux (une sœur ayant des perversions instinctives).

P. BEAUSSART.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 20 Mars 1922

Président : M. le D^r ARNAUD

Particularités du squelette chez les aliénés. — *Présentation de trois malades, par M. G. ROBIN.* — 1° Un débile âgé de 28 ans, dont les idées de grandeur absurdes, se rattachent à une dystrophie curieuse du membre supérieur droit. Il s'agit d'une fracture ancienne du coude, survenue à l'âge de 8 ans. Un appareil plâtré trop serré a compromis la nutrition du membre qui montre une atrophie considérable de l'avant-bras avec pseudarthrose au niveau de la fracture. La main est réduite à un moignon. Les doigts ont presque complètement disparu. Le carpe soudé en flexion, permet de penser à une ancienne maladie de Wolkman.

2° Un débile alcoolique avec idées de persécution et un idiot qui, tous les deux, ont un thorax en entonnoir. Une scoliose peu accentuée, l'implantation vicieuse de certaines dents sur une mâchoire à voûte ogivale chez l'un ; une hydrocéphalée légère, le prognathisme avec voûte ogivale, les oreilles type Darwin chez l'autre, font rentrer ces malades dans la monographie de Ramadier et Sérieux. Ces auteurs considérant à juste titre le thorax en entonnoir, comme un signe de dégénérescence.

Un ménage d'aliénés. — M. G. ROBIN et Mlle BADONNEL présentent un ménage d'aliénés. Les deux malades ont été placés d'office à quelques jours d'intervalle. Le mari, employé dans les bureaux de la Cie du Nord, est atteint de paralysie générale. La femme a une réaction de B. W. positive dans le sang, mais le L. C. R. est normal. Elle a depuis longtemps des troubles mentaux. Actuellement, elle présente un état hypomaniaque avec idées délirantes, à prédominance mystique, qu'elle a fait partager à son mari.

Un cas de syndrome pluriglandulaire avec troubles mentaux, par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et BROUSSEAU. — Il s'agit d'un cas de syphilis héréditaire à évolution tardive, marqué

tout d'abord par des dystrophies du squelette et des dents et par un infantilisme génital permettant cependant un certain degré de puissance sexuelle. A partir de l'âge de 27 ans, la syphilis redevient active, déterminant, au cours de 13 années, successivement, la perte de la vision par iritie et kératite intersticielle, un état dystrophique plus accusé des glandes thyroïdes, sexuelles et surrénales, un syndrome infundibulaire par hypertension du L. C. R. et des troubles délirants polymorphes épisodiques. Les réactions biologiques sont positives. Le traitement antisypilitique réduit partiellement la somnolence et le ralentissement du pouls qui expriment l'hypertension intracrânienne, l'état mental s'améliore parallèlement.

Délire comitial partiellement mnésique, automatisme, troubles de la mémoire et fabulation, traitement par le gardénal, *présentation de malade*, par M. NAUDASCHER. — Il s'agit d'un ancien épileptique chez lequel un délire basé sur des interprétations a provoqué diverses réactions dont le souvenir est partiellement conservé. Depuis le traitement par le gardénal, les crises convulsives ont complètement cessé et le délire est en voie de disparition.

Actuellement, le malade a seulement des absences et accomplit des actes automatiques inconscients, il supplée aux troubles de sa mémoire par une fabulation d'un caractère logique et vraisemblable.

VARIÉTÉS

CONCOURS DE MÉDECIN DES ASILES ALIÉNÉS

Ce concours s'est terminé le 20 mars par les nominations suivantes ; MM. :

1° Santenoise (121 p.) ; 2° Combemale (119 p.) ; 3° Ch. Reboul-Lachaux (118 p.) ; 4° La Bretoigne Du Mazel (117 p.) ; 5° Cellier (116,5 p.) ; 6° Le Maux (113,5 p.) ; 7° Codet (113 p.) ; 8° Martimor (111,5 p.).

Titre B.

1° Parant (108 p.) ; 2° Billet (106,5 p.) ; 3° Abrial (103 p.) ; 4° Laffon (96 p.).

CONCOURS DE L'INTERNAT DES ASILES DE LA SEINE

Ont été nommés à la suite du concours ouvert le 27 mars 1922 : 1° J. Reboul-Lachaux (61,5 p.) ; 2° Stockmann (56,5 p.) ; 3° Schutzenberger (53,5 p.) ; 4° Moutassut (53 p.) ; 5° Branche (52,5 p.) ; 6° Cuel (52 p.) ; 7° Carette (49,5 p.) ; 8° Mlle Bonnis (49 p.).

ASILES PUBLICS D'ALIÉNÉS

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'asile d'Auxerre (Yonne).

III^e RÉUNION NEUROLOGIQUE INTERNATIONALE ANNUELLE

La III^e Réunion Neurologique internationale annuelle se tiendra à Paris les *vendredi 2 et samedi 3 juin 1922*, dans l'Amphithéâtre de l'Ecole des Infirmières, à la Salpêtrière.

Les séances auront lieu le matin de 9 h. à 12 h., l'après-midi de 15 h. à 18 h.

La question suivante est mise à l'étude :

LES SYNDROMES HYPOPHYSAIRES

Rapporteurs : 1° Pour l'anatomie et la physiologie pathologiques : MM. G. ROUSSY et Jean CAMUS (de Paris). 2° Pour la Clinique et la thérapeutique : M. FROMENT (de Lyon).

NÉCROLOGIE

Louis HUOT.

Il y a environ un an, la Société Médico-Psychologique nommait membre correspondant le médecin inspecteur des

troupes coloniales Huot ; on le vit alors, rue de Seine, à la séance qui suivit celle de son élection, reconnaissant, modeste, timide, un peu gauche dans sa jaquette qui semblait pourtant devoir mieux lui convenir que la tunique étoilée du général. Il venait d'être désigné comme directeur du service de santé de l'Indo-Chine, et c'était aussi une visite d'adieu qu'il nous faisait, un adieu dont nous n'avons senti tout le déchirement que ces jours-ci, en apprenant la mort à Hanoï de notre nouveau collègue.

Huot n'avait pas 50 ans quand il fut nommé médecin inspecteur, avancement rapide, obtenu loin des intrigues, aux colonies et sur le front pendant la guerre. C'est dans l'observation attendrie des populations indigènes, au milieu desquelles il vivait, au Sénégal, au Congo, à Madagascar, que Huot luttait contre *le Cafard* qu'il a si pittoresquement décrit avec Voivenel, et de ses séjours aux colonies, il a rapporté de magistrales études, dont les dernières, sur les nègres centre-africains, viennent d'être publiées par le *Mercur de France*, sous ce titre suggestif, *l'Ame noire*.

Pendant la guerre, Huot avait rencontré dans la division dont il dirigeait le service de santé, notre collègue Voivenel : ils partagèrent les mêmes dangers, leurs heures de détente, et cela nous valut ces chapitres vécus de psychiatrie de guerre, *le Courage, le Cafard, la Psychologie du soldat*.

C'est à son poste de médecin colonial que la mort est venue le prendre ; elle l'a trouvé tel qu'il se montre à Voivenel dans la dernière lettre que notre ami a reçue : « Je ne sors de m'abrutir sur des paperasses à mon bureau que pour me précipiter bien vite sur ma plume et mon papier aussitôt rentré chez moi. Je me suis attelé à une sorte de roman de pure analyse avec le minimum indispensable d'intrigue pour déterminer des situations. Je fourre là-dedans, avec le moins de désordre et de loufoquerie possible, tout ce que j'ai dans l'âme et sur le cœur. » Peut-être ne lirons-nous jamais ce roman, mais nous savons déjà ce qu'il y avait de noble et de bon dans l'âme et le cœur de celui qui l'a écrit.

R. MALLET.

LE DOCTEUR SAMUEL GARNIER (1849-1922)

Nous apprenons avec regret le décès du docteur Samuel Garnier, directeur médecin honoraire des Asiles publics d'aliénés, l'un des plus anciens et des plus féconds collaborateurs des *Annales*.

Le docteur Samuel Garnier était entré dans la carrière en 1880, comme médecin-adjoint : à St-Ylie d'abord, puis à

Dijon, et enfin à Bailleul. En 1887, il fut nommé Directeur-médecin à la Charité-sur-Loire; il passa en la même qualité en 1890, à Dijon, qu'il abandonna quelques années plus tard pour St-Ylie, d'où il revint, au bout d'un an et demi à peine, à Dijon, qu'il ne quitta plus cette fois jusqu'à sa mise à la retraite (janvier 1915).

Dans tous ces postes, Samuel Garnier fut l'administrateur-type; il excellait à préparer un budget, il aimait faire jouer les articles les plus compliqués des règlements, il se délectait à la lecture de l'*Officiel*.

Cependant, le médecin qu'il y avait en lui, n'était pas étouffé par la paperasse: pendant 25 ans, il fut le psychiatre consultant de toute la Bourgogne et l'expert écouté de tous les tribunaux de sa région.

Il a beaucoup écrit: des rapports médicaux légaux, nombre d'articles de revues et de mémoires touchant l'administration des asiles, les questions professionnelles, la carrière des aliénistes, etc., deux études de psychiatrie pure, l'une sur la fréquence du délire de grandeur dans le délire de persécution (Prix Aubanel, 1892), l'autre, sur les rapports de l'ataxie locomotrice et de la paralysie générale (Prix Aubanel, 1893).

Il a publié enfin, en volumes:

Le dépôt de mendicité, l'Hospice départemental et l'asile des aliénés de la Charité-sur-Loire (in-8°, 120 pages, Paris, Masson, 1889).

Barbe Buvée, en religion sœur Sainte-Colombe et la prétendue possession des Ursulines d'Auxonne (1658-1663), avec préface de Bourneville (1 vol. in-8°, XIV, 93 pages, de la Bibliothèque diabolique, Paris, Alcan, 1895).

De la protection de la fortune des malades dans les Etablissements d'aliénés (1 vol., in-8°, 114 pages, Paris, Masson, 1901).

Dans son œuvre, aussi bien que dans son action, Samuel Garnier montra constamment une préoccupation assez rare pour être notée: il réclamait pour ses malades et il s'efforçait de leur faire attribuer le maximum de vie légale compatible avec l'internement: procurations, consentements, validité de signatures, etc.... et à ce propos, il répétait volontiers qu'on devait considérer les aliénés, non comme du matériel scientifique, mais comme des hommes vivants.

Samuel Garnier avait fait comme aide-major la campagne de 1870-71; il reprit l'uniforme, avec le même grade, en 1915, et assura pendant 2 ans un service de médecine générale dans un hôpital auxiliaire de Dijon. Il était,

dépuis de longues années déjà, chevalier de la Légion d'honneur.

Resté aussi alerte d'esprit que de corps, Samuel Garnier n'avait pas cessé, même après sa retraite, de s'intéresser à la spécialité : la mort l'a surpris alors qu'il se trouvait à l'asile agricole de Chezal-Benoît (Cher), chez son gendre, notre sympathique collègue, le docteur Chèze.

Samuel Garnier marquera, dans le souvenir de ceux qui l'ont vu à l'œuvre, comme le prototype du médecin-directeur tel qu'on le concevait, tel qu'il était encore réalisable naguère : l'homme pour lequel « son » asile était tout, s'identifiant, faisant corps avec lui, jaloux de son bon renom, vouant à sa prospérité toute son intelligence, toute sa puissance de travail, subordonnant tout — et tous — à son intérêt supérieur. Il était l'un des derniers survivants de la génération des Doutrebente, des Giraud, des Cullerre, des Mabille, figures d'autrefois, bien peu connues, bien méconnues aujourd'hui, et qui n'étaient certes pas sans relief, ni sans grandeur.

G. V.

MONUMENT MAGNAN

Nous rappelons à nos lecteurs que les souscriptions doivent être envoyées à M. MASSON, éditeur, Trésorier, 120, Boulevard St-Germain (Paris, 6^e). Toute souscription de 40 francs donnera droit à une plaquette commémorative représentant le monument.

CENTENAIRE DE LA THÈSE DE BAYLE (1822-1922)

Les membres adhérents devant recevoir dans quelques jours le volume contenant la reproduction de la thèse de Bayle et les sept rapports imprimés, nous prions nos collègues de se faire inscrire le plus tôt possible auprès de M. le D^r MALLET, trésorier, 284, Boulevard St-Germain. Indiquer en même temps si l'on désire assister au banquet.

Le programme définitif des séances sera envoyé très prochainement. Les auteurs qui ont l'intention de prendre part à la discussion des rapports ou de faire des communications sont priés d'en aviser le plus tôt possible M. le D^r René CHARPENTIER, secrétaire général adjoint, 106, Boulevard du Château, Neuilly (Seine).

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUESLANT (personnel intéressé). — 25.914

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique

Les Aliénés en liberté

Les Aliénés en liberté, ce titre cher aux *Annales*, s'est partagé avec la Conférence de Gênes, au cours des dernières semaines, les honneurs de la première page des grands quotidiens.

Le défaut de place nous avait obligé à le supprimer ici, momentanément et à regret, non pas que les faits auxquels il servait d'annonce, déjà connus du public, eussent provoqué chez lui aucune émotion, mais parce que ces faits nous étaient utiles à connaître au point de vue documentaire.

Actuellement, le grand public est saisi. Un individu tue un passant d'un coup de planche sur la tête, une domestique fracasse à coups de bûche le crâne de sa maîtresse. La soudaineté de certaines réactions morbides d'une part, d'autre part la qualité de l'une des victimes et la façon sauvage

dont le meurtre a été commis ont provoqué un mouvement d'opinion. Les articles ont succédé aux articles, les interviews aux interviews ; il en est résulté des conclusions toujours hâtives, souvent inexactes.

Nous sommes habitués à ces feux de paille. Ainsi que je le disais au journaliste qui me faisait l'honneur de me demander mon avis, l'opinion publique, toujours mobile, se laisse aller à des impulsions irréfléchies et contradictoires suivant l'ordre des événements.

Les meurtres commis par les aliénés, mélancoliques, alcooliques et autres, les actes des sadiques, des coupeurs de nattes, des vitrioleurs de manteaux, soulèvent une réprobation générale au moment où ils se produisent. On incrimine les médecins et l'on crie bien haut que la société n'est pas protégée contre les aliénés (1). Quinze jours se passent et nous entendons une autre antienne. Il n'est question que de l'autoritarisme administratif, des séquestrations arbitraires. Les aliénés deviennent des malades semblables à tous les autres, ne réclamant aucune mesure spéciale, qu'on enferme à tort et à travers, qu'on martyrise et qu'on dépouille impunément.

Et la grande coupable, c'est la loi de 1838. Pauvre loi de 1838 ! Aujourd'hui on la trouve insuffisante au point de vue de la préservation sociale. Demain on la qualifiera de loi d'exception, de loi

(1) Depuis quelques jours, j'ai vu passer au service de l'Admission un grand nombre de domestiques aliénées. Certaines déliraient depuis des mois, l'une d'entre elles depuis dix ans et leur entourage le savait. Il a fallu un acte dangereux pour déterminer les maîtres à demander le placement, quand celui-ci n'a pas été effectué directement par l'autorité à la suite d'actes déraisonnables commis sur la voie publique.

de sûreté générale. Autant de mots, autant d'erreurs.

La loi de 1838 est une des meilleures lois que nous possédions, si bien qu'elle a servi de modèle à la plupart des législations étrangères pour l'assistance des aliénés. Inspirée par Esquirol, défendue par l'homme éminent qu'était Vivien, mûrement étudiée, rédigée de façon impeccable, ce n'est pas une loi de sûreté générale. Bien au contraire, c'est une loi de protection pour les aliénés. C'est là une vérité qu'il faut proclamer bien haut, dussent quelques intérêts particuliers en souffrir. Et la meilleure preuve, je parle par expérience, c'est que dans les nombreux projets de réforme de la loi de 1838, le chapitre Administration des Biens de cette même loi se trouve reproduit pour ainsi dire intégralement.

Cela n'implique pas que la loi de 1838 soit parfaite. Elle offre des lacunes que nous connaissons tous, mais qui sont faciles à combler.

Il suffirait d'ajouter aux placements volontaires, déjà prévus, les placements spontanés, exempts de toute formalité, effectués à la demande du malade lui-même, de faire disparaître les entraves administratives qui compliquent la sortie et de réduire les formalités au simple certificat de sortie délivré par le médecin, comme cela se fait en Alsace-Lorraine. Il faudrait aussi édicter, à l'égard des aliénés criminels, vicieux et difficiles, les règles omises dans la loi de 1838, et énumérées dans le projet Strauss. On aurait ainsi une loi répondant à tous les besoins et permettant d'appliquer tous les modes d'assistance aux aliénés.

Car enfin, il semble excessif de prétendre que l'assistance des aliénés n'est pas organisée. Les

mânes de nos illustres devanciers ont dû tressaillir à l'énoncé de cette proposition.

La guerre, sous ce rapport, comme sous bien d'autres, a contribué à fausser les idées. Du fait que, pendant les hostilités, on a pu soigner dans des hôpitaux d'armée où la discipline était autrement sévère que dans les asiles ordinaires, et où la séquestration s'opérait de façon toute militaire, des aliénés atteints surtout de formes curables telles que la mélancolie, on a conclu que tous les aliénés étaient des malades d'hôpital ne différant en rien des autres malades. On oubliait que c'était revenir à un état très ancien contre lequel avait dû intervenir la loi de 1838, si bien qu'en 1846 l'ouverture de l'Infirmerie spéciale du Dépôt destinée à recueillir les aliénés enfermés à l'Hôtel-Dieu avait été considérée comme réalisant un très grand progrès.

En réalité, les troubles mentaux sont innombrables et s'il fallait hospitaliser tous les sujets qui en sont atteints, ni les asiles ni les hôpitaux ne suffiraient à les recevoir. Il y a là un problème social à résoudre et, sous ce rapport, les institutions de prophylaxie et d'hygiène mentales en voie d'organisation pourront rendre d'immenses services.

Mais cela ne doit pas nous faire oublier qu'à côté de ces malades de l'esprit on trouve de véritables aliénés relevant uniquement de l'asile.

L'aliéné (*alienus*, différent, étranger à la vie sociale) est bien nommé et, soit dit en passant, cela explique la fameuse tare dont sont frappés ces malheureux et qui subsistera malgré tous les efforts tentés pour la faire disparaître. Son délire, son défaut de jugement, ses réactions dangereuses né-

cessitent des mesures de protection en même temps que l'affection dont il est atteint réclame des soins donnés dans des locaux appropriés, par des médecins qualifiés assistés d'aides expérimentés. Actuellement, toutes ces conditions se trouvent réalisées dans les asiles, et seulement dans les asiles.

Il y a, par an, quelque 4.000 malades de cette catégorie pour le seul département de la Seine et malgré qu'on en ait, quel que soit le besoin d'économies que nous imposent les circonstances actuelles, il faut bien les assister, les traiter, protéger la société contre leurs réactions, les protéger eux-mêmes.

Le nombre en est excessif, dira-t-on. Il faut en prendre son parti. C'est la rançon du Progrès et des vieilles Civilisations.

Henri COLIN.

LA RÉFORME DE L'INSPECTION

Par le D^r M. LEGRAIN

J'ai précédemment, à propos de l'exposé du Projet Grinda concernant la réforme de la loi de 1838, fourni une étude à vol d'oiseau du futur régime des aliénés tel qu'il semble s'imposer. Je parlais de ce double principe que l'aliéné doit être considéré du même point de vue que les autres malades et jouir de sa liberté tant qu'il n'est pas urgent de la lui enlever et que l'asile de rétention n'est plus qu'un pis-aller. L'Asile doit être envisagé comme l'accessoire, à l'inverse du temps passé, le rôle essentiel étant dévolu à des institutions hospitalières spécialisées. Le but est d'interner le moins possible et de *désinterner* le plus possible.

Il est clair que si l'on construisait des refuges et des établissements capables d'héberger nos pensionnaires qui ne sont rigoureusement pas à leur place dans les asiles, on serait surpris du vide qui se produirait dans ces derniers. Chacun de nous peut se livrer expérimentalement dans son propre service à ce petit travail de sélection, il ne manquera pas de constater que l'asile du passé fut et est encore une espèce de *caput mortuum* où prend place automatiquement tout déficient mental, de quelque catégorie qu'il soit ; on y voit de même s'éterniser des chroniques bien qu'ils soient devenus parfaitement inoffensifs. Inversement, on n'y voit jamais nombre de psychopathes intéressants, perdus pour le psychiatre.

Citons d'abord tous ou presque tous les psychopathes envoyés par les services hospitaliers. Mal outillés pour traiter des bouffées de délire éphémère ou transitoire, par exemple dans le cours de certaines maladies aiguës, un peu désorientés par des complications cérébrales bruyantes avec lesquelles ils ne sont point

familiarisés, sûrs du reste, et c'est justice, qu'à l'asile de tels malades y seront pleinement à l'aise, enclins enfin à donner un lit à des malades plus justiciables de leur science, les praticiens des hôpitaux défèrent aux asiles sans plus tarder un grand nombre de sujets dont le délire, quel qu'en soit le diagnostic, trouble, suivant une formule stéréotypée, le repos des malades. Couvert par un certificat de pure forme, le Commissaire de Police, qui, dans des circonstances autrement urgentes, se montrera récalcitrant à interner, fait confiance à la notoriété légitime d'un distingué praticien et homologue la proposition de ce dernier.

Quelques jours se passent et le malade dûment guéri est mis en liberté. Voilà un placement théoriquement justifié à coup sûr, mais rigoureusement inopportun. Il l'est d'autant moins que ce malade aura été placé selon les apparences par mesure de sécurité et qu'il restera réputé avoir constitué un danger public.

Un usage excessif du placement *volontaire* fait encore de nombreuses victimes parmi les vieillards des deux sexes. Atteinte par les progrès de l'âge, l'intelligence décline. Mais on ne discerne point entre la démence-infirmité à laquelle des milliers de citoyens sont candidats et la folie proprement dite, à laquelle le vieillard peut être enclin au même titre qu'un jeune sujet. Toutes deux sont des troubles de l'esprit, mais tandis que la première est du domaine du quartier d'hospice, l'autre seulement est à sa place à l'asile des fous.

En fait et sous prétexte de troubles de l'esprit dont la réalité n'est pas contestable, nombre de vieillards non délirants subissent l'épreuve de la séquestration.

C'est même là un procédé devenu fort commode d'exonérer l'Assistance Publique d'une partie de ses charges où elle se montre parfois un peu trop défaillante. En un tournemain, une famille dans l'embarras, réclamant en vain l'hospitalisation d'un de ses membres dans un hospice de vieillards, est soulagée de ce lourd fardeau grâce à un opportun certificat auquel on n'aura pas même le droit de reprocher une complaisance, attendu qu'il repose sur une démence caracté-

risée. Bien au contraire, il faut rendre hommage à un moyen charitable qui permet de résoudre honorablement un problème d'assistance autrement insoluble. Mais il n'en reste pas moins que ce moyen n'est qu'un subterfuge qui dote un malheureux affaibli d'un casier d'aliéné. Voilà certes des cas (et ils sont nombreux) où l'asile sauveteur est loin d'être cet épouvantail autour duquel l'on mène grand bruit !

Et que dire des toxicomanes ? Ici le problème que nous étudions acquiert une ampleur insoupçonnée ; il s'agit, en effet, d'une catégorie de malades qui, dans certains asiles, constitue certainement un bon tiers, si ce n'est plus, de la population. Nous vivons à l'âge d'or des poisons de l'intelligence. Nombre d'imprudents se voient décrétés de folie pour quelques heures ou quelques jours, que l'on interne sous l'empire d'un émoi bien légitime quoique excessif et qui récupèrent leur intelligence comme par enchantement, à peine les portes de l'asile sont-elles closes derrière eux.

Est-ce à dire cependant que pour eux l'internement ne serait pas un bienfait ? Non, certes. Mais nul n'ignore qu'aucun asile n'est présentement doté de moyens convenables pour assurer la cure des toxicomanes. Ils y perdent un temps précieux, même un temps fort coûteux pour les deniers publics.

Il convient de n'imposer à ces malades les rigueurs d'un internement que dans les cas où ils offrent un danger, transitoire ou permanent, dans l'attente des mesures très souhaitables qui permettront de se saisir de leur personne pour leur imposer une psychothérapie de redressement, si le législateur entre dans les voies tracées ici par des nations étrangères. Mais, même dans cette occurrence, l'asile d'aliénés sera-t-il jamais l'organe de choix pour cette cure ?

Nous avons déjà, et sans avoir besoin de forcer la note, opéré un sérieux déblaiement à l'entrée des asiles. Et pourtant nous n'avons pas encore disserté sur la véritable catégorie d'aliénés d'asile que l'on aspire à retenir au crible.

Tels sont ceux que l'on range sous la rubrique générale d'aliénés *aigus*, aliénés dont le trouble aigu sera

par définition *éphémère*, un simple orage, généralement court, pour se terminer soit par la guérison, soit par un passage à la chronicité, soit même par la mort. Tels sont les confus, les fébricitants à délire bruyant, les maniaques et mélancoliques à très courts accès intermittents, les épileptiques et hystériques à crises délirantes transitoires, les congestifs à paroxysmes masquant des lésions organiques graves, les déprimés mélancoliques simples avec conscience, les victimes de chocs émotionnels ou commotionnels, les prédisposés à bouffées de délire d'emblée, etc.

Chez tous ces malades, il n'y a qu'un épisode de folie, une simple bourrasque, disons un accident dont il est plausible de tenter la cure hors de l'enceinte des asiles, puisque, quoiqu'on fasse, une lourde prévention pèsera longtemps encore sur tout aliéné libéré et aussi parce qu'en bonne logique il convient mieux de réserver la rubrique d'aliénés à ceux-là même dont le dérangement cérébral est indubitablement lié à une *nécessité de rétention*.

Lorsque, en cours de route, l'évolution de l'état aigu a dénoncé un trouble organique grave et durable (démence précoce, paralysie générale, etc.), le rôle de l'asile clos commence et dure ce qu'il convient.

Mais le crible retiendrait encore et les réserverait même pour de nouvelles formes d'instituts charitables toute la cohorte de ceux que l'on a désignés sous le nom de petits psychopathes, clientèle attitrée des consultations neurologiques, des dispensaires privés, malades conscients pour la plupart, fous lucides, obsédés, impulsifs, amoureux, anormaux sexuels, débiles intellectuels, simples désorientés, neurasthéniques, émotifs, abouliques, malades dont à coup sûr les asiles d'aliénés possèdent de nombreux échantillons, mais qui souffrent naturellement de leur contact avec les délirants. Ce sont des malades dont la place reste marquée dans la société et dont cependant la cure est urgente, la direction morale nécessaire, si l'on veut justement obvier aux paroxysmes qui rendent l'internement inévitable. Nombre d'entre eux sont des errants, des épaves sans boussole, sans encouragement, ni soutien moral, d'autres

sont la proie d'exploiteurs, de charlatans, ou voués à un pharmaceutisme de journal ; les moins déshérités trouvent une hospitalité dans quelque service d'hôpital où l'on s'exerce à la petite psychiatrie quand on est privé de la grande. Mais on voit sans peine l'immense intérêt scientifique, social et charitable, qu'il y aurait à drainer cette cohue de détraqués, candidats plus ou moins avancés à la folie délirante, vers des centres d'observation, de direction, de sélection, vers des centres de saine hygiène mentale, puisqu'aussi bien nous paraissions avoir découvert en France cette nouvelle forme d'assistance et y avoir discerné un facteur de relèvement intellectuel et moral.

Que dire encore des épileptiques non délirants et non dangereux, simples infirmes conscients et lucides, inadaptables à la vie commune d'une façon permanente, mais hospitalisables seulement dans des fondations charitables ouvertes, à discipline organisée et à travail réglementé ? Que dire des innombrables simples d'esprit non délirants qui sont retenus dans les asiles, infirmes éternels pour qui l'asile devrait céder la place à des quartiers d'hospice ? Que dire des amoraux criminels qui suscitent tant de problèmes médico-judiciaires, qui sont une cause de trouble et de désordre dans les asiles et pour qui s'impose un lieu de rétention sévère sinon pénitentiaire ? Enfin veut-on dénombrer tous les déments qui traînent une existence pitoyable, pendant des mois et des années, dans un gâtisme final ? Cette déchéance n'est plus un danger public et est-il défendable que sur elle pèse encore la rigueur d'une séquestration, quand elle n'exige que des soins quasi-maternels ?

On le voit : Si l'on apporte quelque peu d'esprit critique à l'examen du régime actuel des aliénés, on reconnaît que le simple bon sens dicterait, si la chose était d'ores et déjà réalisable, la dislocation complète, le morcellement systématique du vieil asile d'*internement* qui n'apparaît plus finalement que comme une cellule bien restreinte.

Je pense inutile d'ajouter que le morcellement du vieil asile serait un remède pire que le mal, si tous ces

patients en bordure de l'asile devaient être dorénavant confiés à d'autres qu'à des aliénistes de carrière. Ce serait une singulière erreur. On peut être un parfait homme du monde et même un médecin éminent sans être armé pour soigner les psychopathes, ne fussent-ils que des simili-fous, bien plus difficiles à traiter que les autres.

Ce programme de réforme, répétons-le à satiété, n'est pas le moins du monde une critique amère du passé qui fut au contraire immensément charitable pour tant d'infortunes, qui fut éminemment compétent pour la cure de tant d'infirmités ! Soyons reconnaissants à une loi qui fut assez débonnaire et prévoyante pour donner droit d'asile à tout déshérité de l'intelligence pour qui la société se montrait marâtre !

Mais le bien lui-même peut avoir ses excès. La confusion dans un même chaos de tous ces déséquilibrés devait donner prise à la malignité publique. Et celle-ci devait se charger (à quelque chose malheur est bon) de nous apprendre qu'il y avait mieux à faire encore, notamment en prenant soin plus rigoureusement de la liberté des citoyens.

Et l'expérience venait surtout à point pour nous enseigner que si, de son côté, la loi avait fait son devoir, pleinement, le milieu social égoïste n'avait pas fait le sien. En réclamant la disjonction du cadre un peu sévère de l'ancien asile, la collectivité ne devra plus ignorer que, corollairement, elle aura elle-même à s'élever à la hauteur de nouveaux devoirs de charité, si elle entend faire du milieu social un foyer habitable pour certains déficients de l'intelligence. On reproche à tort à l'asile d'avoir jalousement gardé ses brebis. Mais elles n'étaient pour le monde qu'autant de brebis galeuses ! Réjouissons-nous que les hommes libres aspirent à être plus secourables à leurs frères déchus. Mais qu'ils sachent, à la veille de réformes tant désirées, qu'il leur appartient, à eux exclusivement, que ces réformes nouvelles ne fassent point faillite ; et, s'ils ne veulent point se résigner un jour à se faire les chantres repentants de la vieille loi de 38, qu'ils se préparent à donner tous leurs soins, tout leur zèle solidariste aux

œuvres auxiliaires de l'assistance aux aliénés, à ce fameux *service social* si peu connu chez nous et qui seul a été, aux Etats-Unis en particulier, la condition du relèvement de l'aliéné.

Ce n'est pas tout de vouloir l'Hygiène mentale, il faut s'y montrer apte et en être digne.

L'avenir du service des aliénés est dans un mouvement de plus en plus excentrique hors de l'asile ; on voit même disparaître le vieux placement volontaire qui n'a plus sa raison d'être avec des services ouverts au même titre que les hôpitaux et avec un quartier d'observation à entrée libre. Il n'y a plus que des psychopathes *libres* et des psychopathes *internables*. Entre eux un seul critérium : la *nécessité* de suspendre momentanément l'usage d'une liberté devenue nuisible.

D'autre part, la coopération recherchée du milieu social à la cure et à la protection des aliénés impose à ce milieu l'obligation de s'organiser de façon à constituer un atmosphère respirable pour nombre de détraqués. Les enfermer est commode ; cela calme la conscience. Peu de gens se doutent que cependant il leur reste tout leur devoir à accomplir. Ce n'est pas le lieu d'aborder tout le problème de la prophylaxie qui est énorme et insoupçonné de la multitude. Mais il faut envisager que dans ce mouvement d'expansion de l'asile vers le dehors, mouvement légitime, rationnel, flatteur en somme pour une démocratie qui se respecte, le centre curateur se déplace et, s'éparpillant dans le milieu social lui-même, il tend à se confondre avec ce milieu. C'est la *Société-Asile* qui se constitue. Chaque citoyen aspire à être quelque peu infirmier. Si jamais une pareille réforme des mœurs atteignait en France le même essor qu'aux Etats-Unis, on pourrait dire en vérité qu'il y a quelque chose de changé.

Déjà l'acclimatation des esprits à cette haute mission de charité collective semble prendre forme de réalisation en d'autres milieux. Le concours des citoyens aux œuvres de prophylaxie antituberculeuse, aux œuvres d'éducation et de patronage ; la création d'écoles dites du service social semblent faire augurer que, dans cette émulation générale pour le bien, le

pauvre fou trouvera son compte et que finalement le vieil Asile pourra dire : Je n'ai gardé jusqu'alors que ce que vous ne vouliez pas ; trop heureux je suis de vous le restituer et de fermer mes portes si vous vous sentez de taille à me remplacer !

Mais ce n'est point fait encore, hélas ! Et, après des déclarations de principe aussi catégoriques, on me permettra peut-être une sourdine.

La réforme de l'Assistance des Aliénés aura son pivot dans cette métamorphose des milieux sociaux, ou elle ne sera pas ! Il faut se garder, dans un engouement facile et généreux, de mettre la charrue avant les bœufs et de s'exposer à de lamentables fiascos, faute d'avoir sérieusement les termes du problème pratique à résoudre.

Il faut s'élever, dans l'intérêt même de la réforme, contre toute réalisation quelque peu brusquée. Tous les problèmes ont besoin d'être mûris avant d'aboutir, sous peine de retomber dans un néant fatal.

La prudence s'impose si l'on ne veut compromettre l'idée elle-même. Nous sommes, ne l'oublions pas, primaires dans notre pays et par suite exposés à des dangers d'innovations coûteuses trop souvent sans lendemain.

Les sages n'oublieront pas qu'il est un juste milieu à soutenir entre les enthousiasmes dont on se grise, en compagnie de la masse profane, et des réalisations parfaitement équilibrées, progressives et raisonnablement adaptées à ce qui est possible.

La ruée des psychopathes honteux vers les nouvelles institutions risque fort d'engraisser encore nos budgets déjà pléthoriques, et le problème financier méritera notamment de retenir l'attention de nos grands argentiers.



C'est dans cet esprit que j'ai dessein d'en finir avec l'examen du projet Grinda que j'ai laissé au seuil de son dernier chapitre : *la réforme de l'Inspection*. L'étude de cette réforme nous servira de prétexte à quelques considérations d'ordre pratique concernant la part

qu'il convient de réserver aux divers milieux dans l'assistance des aliénés.

In caudâ principium ! C'est en effet dans les dernières lignes du projet Grinda qu'on a l'explication des assauts violents dirigés par lui contre la loi de 38 et contre le médecin d'asile.

Ce n'est pas en vain que la loi aura été inhumaine tant pour les détraqués qu'elle n'a pas couverts que pour les détraqués qu'elle a retenus abusivement ; ce n'est pas en vain que le médecin aura été l'agent complice d'un pareil monument d'erreur ; l'aliéné prendra désormais sa revanche et l'asile tout autant que le médecin subiront toutes les garanties désirables grâce à la formation d'un corps spécial d'inspecteurs médicaux, agents de surveillance, de contrôle, auxiliaires de l'autorité administrative et judiciaire.

Si les prémisses de M. Grinda étaient acceptables, il est clair qu'en bonne logique il faudrait s'incliner devant les conclusions. J'ai dit précédemment ce qu'il convenait d'en dire. Mais je ne résiste pourtant pas au souci de justice qui me pousse à une œuvre de réhabilitation tout en recherchant le bien que peut contenir malgré tout la pensée sincère de l'honorable législateur.

Et tout d'abord voici l'économie du système Grinda : L'inspection médicale, organisation de contrôle, reconnaît pour principe que « à toutes les étapes et dans « toutes les situations d'assistance, la liberté de l'alié-
« né doit être garantie contre tous les excès de pou-
« voir, d'où qu'ils puissent venir ». Et l'on se rappellera que ce contrôle doit aller jusqu'au médecin traitant à l'asile et même au service temporaire d'*observation* qui est pourtant l'institution de garantie la plus précieuse de la réforme. Le médecin devra supporter même le contrôle dans les cas où il croira devoir maintenir un malade admis librement sur sa demande, et dont il aura reconnu le caractère dangereux.

Un article organique consacrera toute cette innovation. Il est ainsi conçu : « Dans un délai de 6 mois, il « sera institué au Ministère de l'Assistance et de l'Hy-
« giène Publiques un service d'inspection médicale
« des aliénés assuré par des inspecteurs régionaux, au

« nombre de 25 pour tout le territoire, chargés de vérifier la légitimité de tous les placements et maintenues d'aliénés effectuées dans les établissements publics et privés ou à domicile ; de veiller aux conditions d'hygiène et de traitement moral des malades ainsi séquestrés et de signaler aux Préfets et aux Procureurs de la République dont ils seront les mandataires directs, les infractions qu'ils auront eues à relever et auxquelles il n'aura pas été remédié aussitôt. »

Le médecin d'asile est ainsi mis en tutelle étroite ; l'inquisition poursuit même le praticien jusqu'au domicile de l'aliéné dont, on se le rappelle, on réclame la déclaration obligatoire aux autorités.

Pourrait-on protester d'avance contre un tel contrôle, se demande l'auteur du projet ? Serait-il incompatible avec les prérogatives, voire même avec la dignité du médecin ? Oh ! que non ! « Ce sont là scrupules et inquiétudes sans fondement. Se croit-on atteint dans sa dignité, quand on *accepte* en clientèle une consultation demandée par la famille ? » Eh bien ! l'inspecteur en question sera-t-il autre chose qu'un consultant, à cette différence près qu'il sera *imposé* par la loi ?

En vérité, notre honorable Confrère se montre jovial, et aime jongler, on l'a vu déjà, avec les euphémismes ! Mais c'est là un sport qui peut-être n'est pas du goût de tout le monde, et le médecin d'asile sera-t-il d'humeur à confondre une consultation *demandée* avec une consultation *imposée* ? Le rôle du personnage classique, battu et content, s'accommode mal non plus seulement avec le souci de sa dignité, mais avec le souci des responsabilités qu'il entend revendiquer fièrement, au nom même de sa conscience et de sa probité morale.

Mais les subtilités continuent : en quoi l'inspection forcée gênerait-elle le praticien dans sa prérogative essentielle qui est de traiter le malade comme il l'entend, alors que l'inspecteur ne visera le médecin que « dans son rôle, purement administratif, d'agent de l'autorité armé du droit redoutable de disposer de la liberté d'autrui : l'enjeu vaut bien qu'on l'entoure de quelques garanties ! » ?

Supposons que soit vraie cette tant funeste erreur qui fit attribuer à un médecin le pouvoir de séquestrer et qui l'a fait charger de tous les péchés d'Israël, comment le médecin pourrait-il dédoubler sa personnalité, rester maître de la partie qui traite et abandonner l'autre à l'inquisition, alors que le « droit », supposé « redoutable », de conseiller l'internement est intimement lié au diagnostic, c'est-à-dire à la pratique même de la fonction médicale ?

M. Grinda s'abuse, du reste, quand il juge facile de délimiter nettement les fonctions du médecin et celles de son inspecteur, en vue de laisser au premier sa « prérogative » de traiter. Et il le montre sans tarder. Car, dit-il, « la garantie de l'aliéné doit s'étendre aussi « à l'emploi des moyens de contention, autrement dit « cé, réclusion en cellule, camisole et en général de « tous les procédés de coercition dont l'abus par un « personnel de surveillance, plus soucieux de son repos que de ses devoirs, tombe sous le coup des lois « pénales ; et, d'autre part, l'hygiène des locaux, de « la vêtue, de l'alimentation des ateliers et services « généraux relève de la surveillance administrative la « plus élémentaire ».

On le voit : cet inspecteur polymorphe devient la cheville ouvrière de tous les services de l'asile : il est tout : directeur, économiste et médecin. Son contrôle n'est plus qu'un prétexte à administrer. Et dans quelles conditions d'infériorité ! Un tel contrôle entraînerait des responsabilités draconiennes dont aucun citoyen consciencieux n'oserait se charger ! Nous osons hardiment dire qu'il se trouverait difficilement des confrères capables d'accepter le rôle vexatoire de vérifier l'usage que l'on fait de la sonde œsophagienne ou de la cellule capitonnée. L'usage du véronal, coupable d'infliger le sommeil à quiconque veut rester libre de ne point dormir, pourrait mener loin l'imprudent médecin d'asile tenté d'exploiter son diplôme !

Ainsi envisagée, la mission d'inspecteur serait si redoutable qu'elle deviendrait peu enviable, dût-elle, comme il en est sujet, être dévolue à titre de fiche de consolation à de vieux médecins du cadre, rompus aux

asiles et à leurs difficultés sans nombre ! Hélas ! leur expérience, consommée leur conférerait-elle en l'espèce la vigueur physique suffisante pour satisfaire à l'ubiquité des services ?

Leur activité aurait-elle même pour effet de soulager la conscience publique d'un fardeau de crainte, dont, après tout, elle paraît assez bien s'accommoder ? Faire de l'inspecteur l'âme errante des asiles exposerait cet itinérant à remplir sa fonction d'une façon plus que sommaire et par suite à se reposer finalement sur la vraie, la seule âme de l'asile qu'est le médecin traitant, ou à se résigner à d'innombrables gaffes.

La phobie du médecin d'asile conduit M. Grinda vers des réalisations nouvelles beaucoup moins solides et moins sûres en somme que ce qui existait.

Qui donc, en effet, oserait sérieusement de nos jours élever la voix contre un fonctionnaire qui a fait tant de fois ses preuves ? Qui donc mieux que lui fut jusqu'ici le gardien respectueux des droits de l'aliéné, considéré comme malade ? L'âme de Pinel renaît, on peut le dire avec quelque orgueil, dans chacun de ses fils. A qui a-t-on pu reprocher, plus qu'au médecin, d'abuser parfois, dans ses prévisions charitables, en faveur des ses malades ? Certes la liberté est un grand bien, encore que celle du citoyen non aliéné mérite bien aussi des égards ; mais peut-on penser sans ingratitude qu'elle n'ait pas toujours fait souci à la conscience du médecin d'asile ? Or, elle n'est pas le seul bien dont les malades se réclament. M. Grinda le sait mieux que personne, lui qui n'hésiterait pas à infliger à tout psychopathe le traitement forcé, que le pire des geôliers médicaux n'aurait osé concevoir sans déroger !

Et qui donc, hormis le médecin d'asile, a perfectionné jusqu'à la minutie le traitement moral, médical et paramédical de l'aliéné ? Qu'est-ce qui commande donc l'interruption d'une pareille œuvre si diligemment échafaudée en tous temps et en tous lieux ? Le moment serait-il bien choisi quand, sous l'impulsion des médecins eux-mêmes, la valeur scientifique et expérimentale du psychiatre atteint presque son apogée par voie de sélection ? Au médecin d'antan, bon et brave

chef de famille, comme il en survit encore quelques prototypes, homme de science pratique, toute faite d'expériences renouvelées par un contact permanent avec les malades, excellent administrateur, humble et volontairement obscur, auquel on ne rend pas assez hommage, on a substitué aujourd'hui un homme de qui l'on exige qu'aux qualités du cœur il joigne une science consommée de la matière à laquelle il va consacrer sa vie. Le concours a mis à la portée de nos aliénés des esprits actifs, plus aptes que d'autres à rêver les progrès les plus hardis et dont les mérites scientifiques ne le cèdent plus à ceux dont ont joui les malades des hôpitaux. Eux seuls sont en bonne posture pour rendre à l'aliéné toute la justice et donner tous les soins dont il a besoin ; car, c'est d'une vie usée au contact des malades et de leurs familles que peut résulter seulement la sûreté d'esprit rendant légères les plus lourdes responsabilités, et dont la conclusion prendra cette forme tant désirée de la libération rapide des malades.

Est-ce donc au moment où ce patrimoine scientifique développé au delà de tous les désirs a fait du médecin d'asile un praticien hors ligne et digne de confiance, irremplaçable par tout autre, qu'il faudrait songer à l'émasculer, à le dépouiller des plus nobles tâches au profit d'un fonctionnaire volant n'ayant avec les malades que des contacts passagers entre deux courses ? Ne serait-ce pas faire au médecin d'asile une situation subordonnée, paradoxale, humiliante et injuste, et par surcroît dommageable à la personne même qu'on rêve de protéger mieux ?

J'aurais mauvaise grâce à poursuivre une réhabilitation qui s'impose. Le médecin d'asile, pour quiconque se flatte de connaître le service, ne peut être remplacé. N'est-ce pas d'ailleurs un peu ce qui gêne et blesse tant de gens ? ! Mais il est conforme à la réalité des faits de souligner qu'au médecin d'asile appartient historiquement le mérite d'avoir rompu des lances vigoureusement pour l'amélioration des services et pour la liberté de l'aliéné. N'est-il point fait pour guérir ou soulager et la liberté n'est-elle point par définition le gage unique de sa science et de son dévouement ? Disons bien

haut, puisque l'occasion s'en offre, que ses insuccès ou son impuissance furent trop souvent à la mesure des obstacles qu'il rencontrait par ailleurs. Qui donc plus que lui a conçu la libération précoce de l'aliéné ? Qui donc a précisé ses règles et ses postulats ? Qui donc a préconisé et réalisé parfois, en pionnier téméraire, les œuvres auxiliaires d'assistance capables de maintenir l'aliéné en liberté ? Qui donc a rêvé le traitement de la convalescence par une libération conditionnelle et progressive ? A nos Confrères américains revient l'honneur d'avoir réalisé audacieusement le système de la liberté sur parole. Qui donc a rêvé le traitement en liberté dans les familles, dans les colonies ? Qui donc a osé parler des asiles aux portes ouvertes ? Qui donc ? si ce n'est toujours, et toujours le médecin d'asile ?

Mais qui donc, en revanche, s'est vu barrer la route quand, dans son zèle pour la liberté, il a voulu obvier aux séquestrations trop prolongées par les sorties d'essai ou par les simples congés ? Qui donc si ce n'est encore le médecin d'avant-garde ?

Et qui donc ont été les auteurs des seules séquestrations arbitraires que l'on puisse déplorer, celles qui retiennent au delà du temps raisonnable des milliers d'aliénés inoffensifs dont la sortie d'essai est demandée comme pierre de touche et impitoyablement refusée ? Qui donc si ce n'est des administrateurs aux horizons limités par les quatre murs de leur officine ? Qui donc en l'espèce a risqué allègrement sa responsabilité pour le seul bien des malades, n'ignorant pas parfois qu'en cas de mésaventure, il n'aurait pour défense que lui-même, que sa bonne foi et sa généreuse intention ? Qui donc si ce n'est le médecin d'asile ?

Ce qui se dégage lumineusement de l'expérience, c'est, non point la nécessité d'amoindrir ce fonctionnaire, ce véritable agent du bien public, mais bien celle de le fortifier, de faciliter sa tâche et d'en vulgariser la grandeur. Est-il bien courageux en face des aboiements de la foule ignorante de se replier et de chercher une victime expiatoire quand il serait seulement juste de tenir tête à la meute en criant la vérité. Une telle attitude qu'on a le droit d'attendre d'un législateur

éclairé serait le plus parfait des sédatifs de l'émotion publique. Le lion populaire n'est jamais repu. Le mieux est de lui couper l'appétit au lieu de s'en instituer le pourvoyeur.



Mais n'y a-t-il pas quelque profit à retirer d'un inspectorat transformé des asiles ?

J'ai dans un précédent article, tout en me séparant des prémisses énoncées par M. Grinda, montré en quoi pourtant ses conclusions pouvaient nous agréer. Il en est tout à fait de même du régime rénové de l'inspection. Et M. Grinda est peut-être le seul à n'avoir pas su bien défendre sa thèse.

Il est juste de rappeler, du reste, que presque tous les réformateurs de la loi de 1838 ont conçu, chacun à sa manière, le rouage de l'inspection tout à fait inaperçu par cette loi.

Un inspecteur n'est concevable qu'en qualité de contrôleur, de départageur, d'arbitre ; il inspire et conseille le pouvoir exécutif.

M. Grinda a bien vu certaines lacunes à combler. Il a vu que le médecin, « fonctionnaire égal en droit « au directeur, mais en fait situé sur un autre plan, « sinon au-dessous de lui, est souvent malvenu à se « faire l'écho des doléances de ses malades au sein « des commissions toujours portées, sans aller y voir, « à croire que tout est bien du moment que l'administration l'affirme, et quand il est lui-même directeur, les difficultés où il se débat pour équilibrer son « budget avec les allocations de famine de certains « conseils généraux paralysent son bon vouloir. »

A la bonne heure ! Et nous devons nous entendre. L'inspecteur sera le soutien du médecin et de ses revendications, son appui, son avocat. Libre et indépendant, il enflera la voix, là où la nôtre n'est qu'un fausset. Rien de mieux. C'est là qu'est son rôle.

M. Grinda, de même, a bien vu que l'inspecteur devait seconder l'œuvre médicale dans les cas difficiles où le médecin traitant, aux prises avec des contingen-

ces périlleuses, ne peut, sans risque l'arbitraire, s'opposer seul aux doléances des malades ou des familles. L'inspecteur est aussi l'arbitre compétent tout désigné pour dénouer une foule de situations où le médecin traitant livré à lui-même perd toute autorité. Il a encore qualité pour couvrir le médecin des maisons privées, encore plus soupçonné que d'autres de mauvais procédés.

Nombre de Préfets s'entourent d'ores et déjà de pseudo-compétences plus nuisibles qu'utiles en leur rôle contradictoire. Il est temps de mettre ordre à ce trompe-l'œil que constituent certaines inspections imprudemment confiées à des spécialistes en chambre dont la modestie n'est pas la plus brillante qualité. Le contrôle, disons mieux, la collaboration d'un inspecteur d'expérience et de carrière ne portera jamais ombrage à un praticien d'asile dont l'autorité n'en peut être que consolidée. Le contrôle se réclame évidemment de certaines règles de déontologie professionnelle qu'il ne sera pas difficile de fixer.

Et ce qu'a vu à merveille M. Grinda, c'est que « le « fonctionnaire inspecteur doit avoir passé par tous « les degrés de la hiérarchie administrative pour en « apprécier les difficultés. Cette règle est d'autant plus « exigible que la pratique de l'aliéné ne s'acquiert « qu'au prix d'une longue spécialisation et que non « seulement la dignité du médecin, qui serait alors « invoquée avec raison, mais l'intérêt du malade et de « la société elle-même pourraient être gravement lésés « du fait d'une inspection incompétente et inexpérimentée. Pourquoi ne pas en faire un échelon supérieur, réservé aux anciens médecins en chef arrivés « au seuil de la retraite, comme une récompense et un « couronnement de carrière, offert à l'ambition légitime de ceux que leurs titres administratifs ou « scientifiques désigneraient au choix du Ministre ? »

On ne peut mieux dire. On ne saurait, sans manquer à une certaine reconnaissance, approuver de ses suffrages cet augure de palliatif à la triste situation réservée à nombre de médecins d'asile, qu'une mesure de retraite obligatoire atteint désormais prématurément à un âge où, pour le plus grand nombre, ils peuvent en-

core offrir les garanties maximum d'un savoir mûri par une expérience consommée. Ce n'est pas le lieu de revenir sur un fait accompli, dû à ce qu'on a appelé la « poussée des jeunes ». Jeunesse se passe bien vite et l'âge venu comportera ses leçons !

Il y aurait beaucoup à dire sur la mission d'un inspecteur médical du service des aliénés. Je voudrais pour terminer montrer seulement que son rôle peut s'agrandir du fait même des néo-conceptions de l'assistance aux aliénés basées sur une décentralisation de plus en plus marquée du service.

L'asile fermé, le préasile avec leurs organes essentiels, service d'aigus, service d'observation, service de convalescence, restent le ressort exclusif du médecin du cadre comme par le passé. Mais que dire de ce que l'on peut désigner sous le nom de *para-asile* dont la fonction ne sera pas moins importante que celle des organismes précédents ? Le centre de la future assistance est partout et n'est nulle part, pourrait-on dire ; mais il se cristallise cependant en forme d'institutions multiples où se collectent et se rencontrent les diverses variétés de psychopathes ou de candidats psychopathes. Il y a tout un réseau d'œuvres tendu comme un filet bienfaisant aux abords de l'ancien asile et qui n'a d'autre but que de retenir au passage le malade, soit à l'aller, soit au retour.

Associées, superposées, hiérarchisées, consacrées par la loi elle-même, si, comme il faut l'espérer, le futur législateur en conçoit l'importance, elles sont un aliment tout désigné pour le médecin de carrière libéré de ses attaches avec le cadre. Médecin du service social des aliénés d'une part, inspecteur des services d'autre part, le psychiatre de carrière peut, dans ce vaste domaine, se tailler selon ses goûts et ses aptitudes une belle tâche à remplir. Lui seul peut donner sa vraie formule pratique à cette fameuse *hygiène mentale* dont on mène avec raison grand bruit, mais qui n'est encore qu'un bel édifice dépourvu des âmes qui doivent l'animer. Que ce postulat soit réalisé un jour et, comme aux Etats-Unis, nombre de confrères y trouveront des ressources matérielles honorables, dignes de leur science, juste tribut d'une longue vie de labeur et

consacrée encore, jusqu'à la dernière limite, au bien public.

Veut-on une faible idée du domaine de ce médecin que je qualifierai de médecin *externe* du service des aliénés (y compris le domaine de l'inspection) ?

Il aura pour mission notamment de surveiller et de contrôler, sur le terrain exclusivement médical, tout ce qui peut concourir au bien-être des aliénés, en accord avec les médecins traitants dont il secondera la mission ; de résoudre tous les litiges ou problèmes contentieux nés de la pratique médicale et où le médecin ne peut être juge et partie ; d'inspecter périodiquement les aliénés retenus dans les asiles privés ou publics ; de visiter à domicile les malades en permission d'essai, de veiller à leur sort, à leur sécurité, d'accord avec les familles, les municipalités, les œuvres de secours et de patronage ; d'assurer leur retour à l'asile en cas d'urgence ; d'inspecter à domicile les aliénés signalés à la justice comme maltraités ou mal assistés ; de propager l'œuvre de prophylaxie sociale de la folie.

Le même médecin peut avoir qualité pour visiter tous établissements retenant des personnes affectées de déficience mentale : asiles d'épileptiques, asiles et écoles d'arriérés, écoles pénitentiaires, asiles de buveurs retenus par la loi, asiles d'aliénés criminels, etc. Il a qualité pour prêter son concours à la justice soit comme expert, soit comme médecin inspecteur des prisons, soit comme préposé à des services pénitentiaires d'observation des prisonniers réputés aliénés (services dont la création s'impose).

Il a enfin qualité pour représenter aux délibérations des Assemblées départementales les intérêts médicaux des malades et donner tous avis concernant les constructions, améliorations et modifications d'asile, etc.

La liste n'est pas close. Chacun peut la compléter à loisir, ne serait-ce que pour confondre une fois pour toutes les fantaisistes à qui la psychiatrie n'apparaît encore que sous forme de vagues billevesées métaphysiques, qui n'auraient rien à voir avec la pratique de la médecine.

Documents Cliniques

ENCÉPHALITE ÉPIDÉMIQUE

Note sur les cas traités à l'Asile d'aliénés de la Nièvre

Par P. BEAUSSART (La Charité-sur-Loire)

Dans quelques mois, le Congrès de Médecine mentale va s'occuper de l'intéressante question des troubles psychiques dus à l'encéphalite épidémique. Il serait souhaitable que dans une matière aussi importante et si brûlante d'actualité, la discussion puisse sortir de ses limites habituelles et prendre les proportions d'une œuvre générale de statistique et de clinique pour l'ensemble du territoire, chacun apportant pour son département les données totales de son observation. Sont assez rares en psychopathologie les occasions d'avoir affaire à une cause étiologique aussi nette du moins par la richesse des symptômes cliniques neurologiques à défaut de données microbiologiques, pour qu'on ne saisisse pas celle-ci qui permettrait d'apporter le maximum de part contributive à la connaissance de cette entité naissante.

Outre l'importance du côté purement épidémiologique, il n'échappera pas que par une manière de variante du génie épidémique, certaines régions, au point de vue psychiatrique, non seulement sont plus ou moins touchées que d'autres, mais n'offrent pas les mêmes caractéristiques nosologiques que leurs voisines. C'est ainsi que j'ai été frappé par le nombre relativement considérable de malades atteints d'encéphalite observés à l'asile du Cher et dont les formes cliniques spéciales sont rapportées dans les si précieuses observations de G. Petit, alors qu'aux mêmes moments, bien

que mon attention ait été attirée sur le même ordre d'idées, je n'ai, pour le département contigu de la Nièvre, relevé qu'un nombre restreint de cas et à polymorphisme clinique ainsi qu'on en jugera par le total des observations suivantes.

L'esprit qui préside aux placements à l'asile des affections neuro-psychiques toxi-infectieuses aiguës est fonction, il est vrai, pour chaque région, de ses ressources hospitalières. La nature des dites ressources, pour la province, en dehors des centres de Facultés et d'Ecoles, est telle qu'en présence d'un accès psychopathique, surtout s'il est bruyant et empreint de désordre extrême des actes, tel qu'on le voit souvent dans les états toxi-infectieux, l'entrée à l'asile est la seule ressource dont on possède. C'est dire que, d'une façon générale, un certain nombre, sinon la majorité des circonscriptions administratives, offrent des conditions presque analogues d'observation.

OBSERVATION I. — B..., 54 ans, infirmier à l'asile ; domicilié, en dehors de son travail, dans le bourg de La Charité. Le 1^{er} février 1920, quitte son service et s'alite pour courbature, fièvre, algie crurale droite accusée ; depuis quelques jours, il se plaint de lassitude. Il vient de vivre dans un milieu d'infection grippale. Le 14 janvier, en effet, une épidémie sévère d'influenza s'est déclarée dans certains quartiers de femmes de l'asile (150 personnes, malades et infirmières, atteintes à la date du 1^{er} février ; 167 à la date du 7 février, jour où survient le dernier cas ; 11 décès par forme septicémique et asphyxique suraiguë). Le personnel féminin, contagionné et indisponible, faisant défaut, B... a été chargé, depuis le 19 février, de différentes besognes dans le quartier affecté aux grippées ; c'est le seul homme qui ait été employé de la sorte. Evolution : du 2 au 8 février, algie très accusée du membre inférieur droit, aussi bien dans le domaine sciatique que crural ; embarras gastro-intestinal avec constipation.

A partir du 9 : *pharyngo-laryngite*, petit point congestif à la base droite, quelques expectorations muco-purulentes ; rétention d'urine opiniâtre qui nécessite un cathétérisme journalier ; persistance des *algies* du membre inférieur droit, brusquerie des réflexes rotuliens ; tremblements, quelques secousses tendineuses, trémulations musculaires, rigi-

dité des antagonistes dans les mouvements provoqués ; insomnie, onirisme hallucinatoire nocturne surtout visuel avec par moments frayeurs et tentatives de fuite, léger état confusionnel diurne ; sueurs, mauvais état du tube digestif ; mydriase et un peu d'amblyopie. Jusqu'au 27, mêmes symptômes augmentant d'intensité. La température qui jusqu'au 16 oscillait entre 37° et 38°, se maintient dès ce moment entre 38° et 39°. La mort survient le 27 au soir. Les conditions étiologiques tout à fait particulières (seul homme mis dans une agglomération de grippées ; aucun cas de grippe dans l'élément masculin de l'asile) font qu'on est amené à priori à considérer ce cas comme une forme de grippe. L'évolution clinique cependant a été plus celle d'une encéphalite sans que pour cela on arrive à une conception uniciste des deux infections, l'une pouvant très bien servir de cause de sortie à l'autre.

OBSERVATION II (1). — P..., 49 ans, domicilié à Suilly-la-Tour, arrondissement de Cosne, interné d'office, article 18, le 2 janvier 1920 pour exaltation psychique avec euphorie, idées ambitieuses, allures autoritaires et impératives, actes désordonnés et antisociaux (achats inconsidérés, menaces, violences) ; abus de boissons alcooliques depuis longtemps. Amélioration rapide, à l'asile, sous l'influence du sevrage.

Le 31 janvier, *conjunctivite* bilatérale. Le lendemain : œdème et rubéfaction des paupières, chémosis ; abattement ; 37°5. Le 2 février : *érythème scarlatiniforme* de la région sous-ombilicale, du pubis, des aines, des organes génitaux, de la face antérieure et interne des cuisses, de la partie interne des genoux, des poignets, de la face, du cou. *Enanthème* de la gorge avec quelques points blancs amygdaliens. 37°2-37°8. Le malade habituellement affairé, réclameur, est dans un état de *torpeur léthargique* d'où il n'est tiré que par sollicitations impératives. Le 4 février : atténuation de l'érythème, léthargie, ptosis bilatéral. 37°8-37°3. Le 6 février : desquamation, voix rauque et très nasonnée, élocution défectueuse, facies figé, sans expression ; onirisme qu'on fait cesser par sollicitations. 37°9-37°2. Même état jusqu'au 12 avec température ne s'élevant pas au-dessus de 38°5. A partir de ce moment, atténuation de la léthargie ; diplopie, diminution de l'acuité visuelle, myosis avec abolition des réflexes lumineux et accommodateurs. Boulimie. Rétrocession progressive de tous les phénomènes jusqu'au

(1) Société médicale des Hôpitaux de Paris, S. du 18 juin 1920, n° 22, 1920, p. 881.

6 mars. Sortie par guérison le 13 avril 1920. Nouvel internement le 16 septembre 1921 pour alcoolisme. Il n'a présenté depuis son atteinte d'encéphalite aucun autre symptôme de la maladie malgré que des causes favorisantes prédisposassent chez lui (alcoolisme cérébral) à des rechutes psychopathiques. L'infection paraît donc bien éteinte.

OBSERVATION III. — Cl., 13 ans, domicilié à Cercy-la-Tour, arrondissement de Nevers. Interné d'office, art. 19, le 25 mai 1920 pour « instabilité mentale, écholalie injurieuse, bouffées de colère avec impulsions brutales, boulimie et dipsomanie ». A l'entrée, se présente comme un débile mental, sans aucune idée délirante, n'ayant aucune instruction et à développement physique satisfaisant. Raconte qu'il ne veut pas travailler, qu'il désobéit à sa mère et l'injurie, qu'elle ne peut rien obtenir de raisonnable de lui, qu'il taquine les autres enfants et les bouscule, qu'il insulte les grandes personnes et tout cela sans autre raison qu'un besoin impératif d'agir ainsi. Il reconnaît qu'il a une tendance immodérée à manger et à boire surtout de l'eau; il s'agit donc de boulimie et de polydipsie. Depuis qu'il est à l'asile — et il s'y trouve encore — n'a pas cessé de se faire remarquer par une propension incessante à taquiner tous ses voisins, quel que soit leur âge, à se moquer d'eux, à les agacer, les provoquer, les injurier, à répandre de côté et d'autre des dénonciations calomnieuses, à essayer de mettre aux prises les malades entre eux, le personnel avec les malades. Intenable et insupportable dans quelque quartier que ce soit, n'hésitant pas à s'en prendre aux moins tolérants et aux moins patients; n'a pu être conservé aux travaux du jardinage parce que poussant à bout les travailleurs ou détruisant plus qu'il ne produisait. Il lui arrive très souvent la nuit de ne pas dormir et de donner libre cours à ses débordements. Ces *troubles du caractère* et ces *mauvais instincts* sont nettement et immédiatement consécutifs à une atteinte d'encéphalite à *forme léthargique* survenue en février 1920.

Période de courbature d'une semaine avec fortes céphalées suivie pendant environ 15 jours de : fièvre élevée, somnolence diurne et nocturne continue de laquelle l'enfant sort seulement pour manger et boire, boulimie et polydipsie, soubresauts dans le lit, diminution considérable de l'acuité visuelle au point qu'il avait peur de perdre la vue, diplopie. Au même moment, l'oncle chez lequel il habitait a souffert d'une infection qualifiée *grippe*.

L'entourage qui le représente comme étant auparavant,

quoique peu intelligent et incapable d'apprendre, obéissant, courageux, serviable, docile, poli, aidant sa tante au ménage comme une petite fille, a été frappé du changement brusque survenu chez cet enfant à la suite de l'encéphalite. Comme antécédents : parents désunis, sœur morte à 3 ans de convulsions ; végétations adénoïdes. C'est là un cas qui rappelle ceux de Briand et ses élèves (*Soc. cliniq. Méd. ment.*, n° 9, 1921) et de Combemale et ses collaborateurs (*Echo médical du Nord*, n° 6, 1922).

Faits particuliers à signaler : Cl., du 10 septembre au 15 octobre 1920, a été atteint de pyrexie avec température presque constante à 38°, *érythème noueux* et céphalées sans autres signes, rhumatismaux en particulier.

Le 27 septembre 1921, il a été atteint d'une nouvelle pyrexie beaucoup plus sévère : température à grandes oscillations, entre 38° et 40° jusqu'au 9 octobre, puis entre 37° et 40° jusqu'au 15 octobre ; à cette dernière date, chute brusque de 39°8 à 35°3 et maintien par la suite à la normale. Symptômes cliniques : céphalées tenaces, *algies* très accusées au membre inférieur gauche ; pas de signes méningés, état normal des voies digestives, sauf un peu de diarrhée les 3 derniers jours, langue normale ; taches rosées lenticulaires et rate augmentée de volume, également dans les 3 derniers jours de la pyrexie sans qu'un état typho ou paratyphoïdique puisse être incriminé. Il s'est agi là d'une manière de *septicémie* très vraisemblablement due au virus encéphalitique.

OBSERVATION IV. — N., 15 ans. Internée d'office, art. 19, le 18 juin 1920 pour *agitation motrice hystériforme*. Attitudes stéréotypées avec mouvements lents non précipités : tête fortement rejetée en arrière ; impression d'effort donné avec lèvres serrées, veines du cou turgescents, yeux exorbités, face violacée ; contraction des membres supérieurs en extension, poings serrés ; projection de la poitrine en avant, épaules effacées. Puis résolution brusque : air bruyamment expiré, gémissement, affaissement musculaire général. Retour à l'état de repos pendant quelques minutes et à nouveau, reprise du cycle, et cela d'une façon presque ininterrompue, les excitations extérieures (conversations, interrogatoires) augmentant cet état. Mouvements lents, surajoutés, d'extension arrière du tronc avec ensellure lombaire, de circomduction alternative des membres inférieurs, dans la station debout, avec stabilité déficiente. Hallucinoses auditives intermittentes avouées sans aucune interprétation délirante.

Etat toxi-infectieux : fuliginosités labio-dentaires, langue rouge dépouillée et vernissée, pharyngite érythémateuse ; amaigrissement manifeste ; pas de fièvre ; induration légère du sommet droit ; pas de signes méningés.

Nuits calmes ; reprise des phénomènes kinétiques au réveil. Alimentation extrêmement laborieuse ; genre de spasme général bucco-pharyngo-œsophagien qui s'oppose aux différents temps de la descente du bol alimentaire ; à ce moment, malade anxieuse, angoissée, avec sueurs, manifestant sa souffrance par des regards suppliants.

Dans les derniers jours de juin, atténuation des troubles moteurs qui n'apparaissent plus, et avec une intensité beaucoup moindre, qu'à l'occasion des repas. Alimentation plus facile ; amélioration manifeste de l'état général ; embonpoint très rapide. Le 7 juillet, fièvre ($38^{\circ}2$), *pharyngo-trachéite*. Le 8, les spasmes ont complètement disparu ($37^{\circ}8$, $37^{\circ}2$). Le 9 ($37^{\circ}6$, $36^{\circ}7$), reprise des troubles moteurs avec plus d'intensité que jamais. Se met à genoux sur son lit, exécute les mêmes mouvements d'effort que ci-dessus et retombe sur son lit épuisée en faisant entendre une respiration haletante et précipitée. Impossibilité de recherches cliniques (réflexe oculo-cardiaque, pouls, réflexes pupillaires...) tant l'agitation motrice est désordonnée et exacerbée à ces moments, conscience complète. Au moment des spasmes, s'intéresse du regard à ce qui se passe autour d'elle et une fois libérée sourit et plaisante, disant qu'elle ne peut s'empêcher d'agir de la sorte et qu'elle sent une contraction épigastrique violente (diaphragmatique). Décès subit, en quelques secondes, le 12 juillet 1920.

En décembre 1919, *laryngo-pharyngite*, courbature, mauvais état gastro-intestinal, céphalées, excitation motrice, euphorie, chants, mouvements « nerveux » des bras, insomnie, *vertiges épileptiformes*. Alors placée comme bonne à Lagny (S.-et-M.). Pas d'amélioration jusqu'en avril ; à ce moment, *recrudescence de l'infection laryngo-pharyngée*, fièvre (au-dessus de 38°) ; envoyée chez ses parents dans le Morvan ; amaigrissement (15 kilos environ) ; apparition brusque des mouvements en mai 1920, à la suite d'une perte de connaissance. Pas d'antécédents particuliers.

OBSERVATION V. — T..., 36 ans, domicilié à Varzy, arrondissement de Clamecy. Interné le 29 juillet 1920 par placement volontaire pour un état confusionnel onirique et hallucinatoire. Titubation, tremblements des doigts, des lèvres, de la langue ; parole très embarrassée ; pas de troubles pupillaires ; léger état fébrile ; algies des membres infé-

rieurs. Dans la quinzaine, amélioration progressive des phénomènes délirants ; sortie par guérison de ces derniers, le 14 août. Excès alcooliques depuis 2 ans, reconnus. Un mois avant l'entrée, *ictus épileptiforme*, suivi d'un second une dizaine de jours après, puis état fébrile mais peu accusé ; moiteur des téguments, courbature, céphalées, nuits agitées, diplopie transitoire, quelques secousses myocloniques, algies intenses des membres inférieurs, puis apparition de l'état délirant avec agitation hallucinatoire progressivement croissante à la suite d'un violent trauma de la hanche droite (coup de pied de cheval) survenu une huitaine de jours avant l'entrée. Encéphalite à forme algique avec confusion mentale (action combinée toxique [alcool] et infectieuse [encéphalite] et action traumatique déclanchante).

OBSERVATION VI. — G..., 18 ans, domicilié à Garchy, arrondissement de Cosne. Interné le 24 octobre 1920, par P. V., pour confusion mentale avec agitation motrice évoluant depuis 5 jours. Début brusque par injures, grossièretés, reproches à l'adresse de ses parents, turbulence, onirisme nocturne hallucinatoire : visions mystiques (Vierge, Dieu) et terrifiantes (précipices). Puis logorrhée, excitation intellectuelle et motrice, déplacements incessants, achats considérés, chants, cris ; quelques hallucinations visuelles diurnes, hallucinations auditives simples (cloches, canon...) ; refus d'aliments, constipation.

A l'entrée à l'asile : état confusionnel, désordre des actes, cris, gémissements, verbigeration, hallucinose auditive et visuelle, désorientation, fausses reconnaissances. Etat toxico-infectieux : sueurs, injection conjonctivale, pharyngite, fongosités gingivo-labiales, exagération des réflexes rotuliens, 38°2.

G... est resté dans cet état pendant une quinzaine de jours avec température progressivement décroissante de 38°5 à 37°. Puis l'élément confusionnel étant disparu, a subsisté un état d'excitation hypomaniaque avec logorrhée, écholalie, réparties par assonances et cela jusqu'au moment de la sortie réclamée par la famille le 30 décembre malgré guérison non établie.

En avril 1920, épisode infectieux qualifié *grippe* avec céphalées, fièvre, sueurs, photophobie, diplopie, diminution considérable de l'acuité visuelle, exacerbation de l'acuité auditive, somnolence invincible dans la journée, rêves et cauchemars la nuit, pharyngo-trachéite. Après une quinzaine de jours d'état subaigu, amélioration permettant la reprise du travail ; persistance cependant pendant juin et

juillet de courbature, de fatigabilité, d'agitation nocturne de somnolence le matin. Retour à un état normal apparent à partir d'août jusqu'à la *rechute* d'octobre. Antécédents : certain degré de débilité mentale ; a toujours été sujet aux préoccupations hypochondriaques.

Dans la maison des parents, un enfant assisté de 12 ans a, en avril, été également atteint de grippe sans suites et en octobre a, lui aussi, été pris d'une recrudescence pyrétique sans qu'on ait su la marche de l'affection, l'administration ayant enlevé le pupille pour le placer à l'hôpital.

OBSERVATION VII. — V..., 39 ans ; domicilié à Joigny (Yonne). Interné le 11 mars 1921, par P. V., pour état de confusion anxieuse avec mutisme, réactions négativiques et *syndrome organique paralytique* : pupilles légèrement inégales ne réagissant pas à la lumière, exagération des réflexes rotuliens, tremblements ; sueurs extrêmement profuses, troubles vaso-moteurs, tachycardie, titubation. Dans la quinzaine qui suit l'entrée, même situation avec périodes d'agitation au cours desquelles il erre sans but. Ponction lombaire : légère lymphocytose, très légère albuminose et teneur en sucre exagérée. Très lentement le malade sort de son hébétude ; il a peine à rassembler ses souvenirs qui sont très peu précis et très lacunaires. Il demeure pendant des mois dans un état d'apathie, d'indifférence très accusée, ne s'inquiétant nullement des siens qui s'occupent beaucoup de lui, et ne portant aucun intérêt à ses affaires qui devraient pourtant lui susciter du souci (divorce en cours demandé par la femme ; liquidation de divers fonds de commerce arrêtée par son internement). Il exécute quelques petites besognes, mais d'une façon tout à fait automatique. La perspective de sa sortie comme celle de son maintien à l'asile ne suscitent pas chez lui la moindre réaction. C'est une passivité indifférente dans ce qu'elle a de plus absolu, sans affaiblissement intellectuel. Retiré par les siens le 1^{er} novembre 1921.

A combattu pendant toute la durée des hostilités ; a eu une fièvre typhoïde grave en janvier 1915 (F. T. grave à 20 ans). Démobilisé en février 1919 avec un état de santé normal. A commencé à souffrir, en novembre 1920, d'amygdalo-pharyngite avec fortes céphalées, sueurs profuses, arthralgies ; non rétabli et continuant à être courbaturé et à souffrir de maux de tête, a été pris à la fin de janvier 1921 d'une manière de *grippe* qui a duré une huitaine de jours avec recrudescence de céphalées, algies, secousses dans les membres supérieurs, rêves, cauchemars, dépression mélancolique.

colique. D'après sa sœur, aurait eu à ce moment une perte de connaissance très passagère.

OBSERVATION VIII. — T..., 48 ans, domiciliée à Urzy, arrondissement de Nevers. Internée le 9 septembre 1921 par placement d'office (art. 18). Etat d'hébétude avec hallucinations auditives, lenteur d'idéation, quelques menus propos délirants de teinte érotomaniaque à l'égard d'un médecin, monologues à voix basse sur un ton lent et monotone, fausses reconnaissances de personnes, désorientation, actes désordonnés, cherche continuellement à sortir de son lit et erre sans but. Insomnie, mauvais état physique, amaigrissement, aspect précocement sénile, facies sans expression, grincements continus des dents, inégalité pupillaire, réflexes lumineux et accommodateurs paresseux, spasmes de l'épaule gauche, hypotonie palpébrale supérieure; métrorragies abondantes; œdème dur du membre inférieur gauche reliquat de phlébite ancienne typhique.

Aucun changement dans l'état mental jusqu'au moment du décès. Malade se présentant à l'observation comme une affaiblie intellectuelle hébétée ou avec facies niaisement euphorique; inconscience complète de la situation, indifférence absolue; aucune idéation; actes désordonnés (urine dans sa cuvette et s'y trempe les pieds, se déshabille aux moments les plus froids de l'hiver et reste le torse nu assise sur son lit, insensible en apparence); gestes stéréotypés surtout aux instants où on lui cause; ne répond que 2 ou 3 mots incohérents aux questions qu'on lui pose, puis regarde l'interlocuteur d'un air hébété ou en souriant; insomnie persistante; gâtisme par intervalles.

Apportant une variante à ce fond continu de déchéance intellectuelle profonde, épisodes intermittents de nature infectieuse.

Du 9 au 16 septembre, température progressivement croissante de 37° à 38°5 avec *métrorragies* et signes neuro-organiques ci-dessus signalés qui seront constants jusqu'en janvier 1922 (hypotonie palpébrale supérieure, troubles pupillaires, spasmes de l'épaule gauche, grincements de dents, ces deux derniers plus accusés au moment où la malade veut parler). Le 16 septembre, chute de 38°5 à 37°; disparition des écoulements sanguins.

Du 1^{er} au 4 octobre, élévation progressive de température de 37° à 39°5 avec céphalées et léger *érythème* de la nuque et de la jambe gauche dont l'œdème augmente. Chute de 39°5 à 37°, en 24 heures, à partir du 4 octobre.

Du 26 au 29 octobre, nouvelle courbe ascensionnelle de

37° à 39°5 avec *hémorragies rectales* (1), céphalées, ptosis droit ; le 29 octobre, chute de 39°5 à 36° en 24 heures, puis pendant 2 jours entre 36° et 35°.

Le 1^{er} novembre, réapparition du ptosis qui s'était atténué les jours précédents ; grosse inégalité pupillaire avec réactions presque abolies, dr. > g. Algies dans le membre supérieur droit et dans la région intercostale gauche. Le 5 novembre, disparition de ces éléments.

Du 22 au 24 novembre, ascension thermique de 37° à 40° annoncée par des céphalées et des algies ; *purpura* à la jambe gauche ; à nouveau, ptosis transitoire. Chute de 40° à 36°, en 24 heures, le 24, puis température à 36° pendant 2 jours.

Le 28 et le 29 décembre, 38° avec céphalées.

En janvier 1922, les spasmes de l'épaule gauche et les grincements de dents qui jusqu'alors étaient continus, s'atténuent, disparaissent, se reproduisent au début de février, disparaissent à nouveau les 15 premiers jours de mars, puis s'installent définitivement.

Du 15 au 20 mars, fièvre oscillant entre 38° et 39°, céphalées, incontinence d'urine goutte à goutte. Le 20 mars, chute de 39° à 36° et moins de 36° le 21 et le 22. Ataxie des membres inférieurs, parole embarrassée et bredouillante, tremblements des lèvres, grosse inégalité pupillaire, ptosis droit et hypotonie palpébrale supérieure gauche. *Syndrome paralytique*.

Le 26 mars, *conjonctivité*. Ataxie plus accusée, dérochement des membres inférieurs, surtout le droit, gros embarras de la parole ; température inférieure à 35° du 26 au 29.

Le 1^{er} avril, 39°, *conjonctivite* persistante, *syndrome p. g.*, *stomatite ulcéreuse* avec grosse *amygdalo-pharyngite* et enduits muco-purulents, langue rouge, sèche, vernissée, dépouillée ; hypotonie de l'hémi-face inférieure gauche, pupille g. > dr., ptosis gauche (inversion). Température oscillant entre 38° et 39° jusqu'au 6 avril avec persistance de l'infection conjonctivo-bucco-pharyngée et accentuation du syndrome p. g. Un peu de diarrhée.

Le 7 avril, 40°6. Le 8, retour des oscillations thermiques entre 38° et 39°, jusqu'au 12 ; diarrhée intense. Le 13, décès, 40°8.

En octobre 1918, *infection* dite *grippale* ayant duré une quinzaine de jours avec céphalées, courbature, suivie d'al-

(1) Chez une encéphalitique observée à Nevers, et atteinte surtout de manifestations myélitiques, *hémorragies intestinales* sévères.

gies très prononcées, de ptosis. Retour à un état normal après quelques mois.

A la fin de 1919, nouvelle *infection grippale* (reviviscence) avec algies extrêmement accusées, arrachant des cris à la malade, physionomie grimaçante par moments. Evolution jusqu'en janvier 1921. A ce moment, somnolences diurnes dont se plaignait la malade ; par contre, nuits agitées, sursauts, rêves, cauchemars. En mars, spasmes de l'épaule gauche, grincements de dents et troubles mentaux : Déplacements faciles, immotivés, sans but, achats exagérés et inutiles ; monologues, hallucinations auditives ; indifférence puis hostilité à l'égard de son mari ; abandon de toute occupation ; frais de toilettes, idées amoureuses à l'égard d'un médecin ; difficultés pour écrire et assembler ses pensées, énervements, pleurs, attitudes déprimées.

Fièvre typhoïde grave à 23 ans avec phlébite.

OBSERVATION IX. — G..., 44 ans, domiciliée à Laroche-millay, arrondissement de Château-Chinon. Internée le 20 février 1922 par placement d'office (art. 19). *Délire aigu*, état confusionnel avec excitation psycho-motrice. Secousses musculaires, mouvements choréiformes et saltatoires. Langue rôtie, conjonctives injectées ; pharynx rouge, vernissé avec enduits muco-purulents. 38°6. Traces d'albumine. Pouls filiforme, filant, cyanose des extrémités. Début brusque des troubles psychopathiques il y a 8 jours. Depuis 6 mois, *rhino-pharyngite* avec poussées subaiguës et céphalées concomitantes. Hypothermie entre 36° et 37°, puis 38° les deux derniers jours. Carphologie, prostration ataxo-adynamique. Décès le 27 février.

Sans m'appesantir sur les diverses particularités de ces observations, je voudrais attirer plus spécialement l'attention sur la gravité de leur pronostic, et il est avéré qu'il en est fréquemment ainsi dans l'encéphalite épidémique. Alors qu'après la poussée infectieuse d'envahissement tout paraît rentrer dans l'ordre, à moins que subsistent des reliquats qu'on est tenté de prendre pour des séquelles, de brusques réveils du virus, accompagnés d'ensembles syndromiques graves, viennent prouver, même à longue échéance, combien s'impose dans des cas semblables une prudente réserve dans le pronostic.

Voici cet enfant de l'observation III qui, à la suite

d'un assez fugace épisode léthargique, conserve un état d'hypomanie avec troubles du caractère et perversions instinctives qu'on ne pourrait guère considérer que comme un résidu définitif ; plus de 6 mois après, une pyrexie qui ne peut être que de même nature que celle du virus névraxique, vient rappeler que ce dernier est toujours latent et n'attend que des circonstances favorables pour exacerber sa nocivité ; le fait est si vrai, qu'un an après ce réveil, s'en produit un second de même ordre.

Dans l'observation IV, une rhino-pharyngite infectante traîne pendant 6 mois, puis, se réveillant, favorise l'éclosion d'un syndrome kinétique encéphalitique. Ce dernier évolue depuis 3 mois et semble s'atténuer, lorsqu'après quelques jours, il reprend d'intensité avec un deuxième réveil de rhino-pharyngite presque aussitôt suivi de décès.

Dans l'observation VI, après un épisode encéphalitique assez banal paraissant guéri, survient au bout de 6 mois une reviviscence infectieuse avec syndrome confusionnel puis hypomaniaque.

La malade de l'observation VIII enfin est des plus typiques à cet égard. Atteinte d'encéphalite dès octobre 1918, elle rechute un an après, puis ce sont pendant sept mois d'observation, de septembre 1921 à avril 1922, une série de brèves poussées pyrétiques avec aggravation progressive des éléments symptomatiques organiques jusqu'au moment du décès, alors que vient de s'installer une pharyngo-stomatite intense, traduction d'un réveil virulent plus accusé que les autres.

La syphilis ne se comporte pas différemment, la fébrilité en moins ; d'ailleurs la malade n'a-t-elle pas présenté un syndrome paralytique ?

On remarquera la fréquence d'éléments un peu spéciaux (érythème, purpura, hémorragies) et la prédominance de l'invasion infectante dans les premiers mois de 1920, alors qu'une épidémie de grippe venait de sévir (décembre 1919, janvier 1920). Comme je l'ai écrit à propos de l'observation I, on n'est pas, de cette coïncidence, amené à considérer les accidents observés

comme étant de même nature que ceux de l'influenza, car cette dernière peut très bien servir de cause de sortie au virus spécial névraxique.

Il est impossible, dans un semblable sujet, de donner un aperçu des relations de fréquence qui existent entre toutes les manifestations de l'infection et celles plus particulières revêtant des caractères psychopathiques prédominants et cela parce que les premiers éléments de comparaison, plus que les deuxièmes, font défaut. Outre que l'encéphalite n'est pas une affection obligatoirement déclarable, l'on sait que, même pour ces dernières, les statistiques sont loin d'être justes et au complet. Le plus qu'on puisse dire, c'est que l'encéphalite depuis 1920 est très florissante dans la Nièvre.

Pour terminer, je parlerai du délire aigu, me souvenant que Petit, dans une communication sur ce sujet (*Annales Médico-psychologiques*, n° 5, 1920), souhaitait qu'il fût procédé à des recherches semblables aux siennes afin de constater si, depuis ces dernières années, il y avait recrudescence de cas de délire aigu ou, pour mieux dire, d'encéphalite épidémique à forme de délire aigu. J'ai poussé ma recherche sur une période d'une dizaine d'années.

1909 : 2 cas (Homme : octobre. — Femme : décembre).

1910 : 2 cas (F. : mars et décembre). Ce dernier cas provenant du Cher (arrondissement de Sancerre).

1911 : 1 cas (F. : mars).

1912 : 2 cas (F. : août et décembre).

1913 : 2 cas (H. : décembre). Un des 2 cas provenant du Cher (arrondissement de Sancerre). Début brusque quelques jours avant l'entrée (secousses musculaires et inégalité pupillaire avec réactions). Décès 6 jours après le placement. Le frère de ce malade avait été pris 10 jours avant lui du même délire aigu ; même issue fatale.

Chez un malade interné depuis longtemps à l'asile, cas de délire aigu encéphalitique en août (voir *Bulletin Société Clinique de Médecine mentale*, n° 1, 1921).

1914 : 2 cas (F. : août. — H. : novembre). Ce dernier mobilisé à Cosne et domicilié dans le Cher (arrondissement de Sancerre).

1916 : 4 cas (F. : 2 en mars, 2 en novembre).

1917 : 1 cas (H. : mai).

1919 : 1 cas (H. : octobre). En octobre 1918, avait été atteint d'une pyrexie qualifiée grippe avec accès délirant ayant duré 4 mois.

1920 : 3 cas (H. : janvier et avril. — F. : avril). A partir de cette dernière date, les observations tiennent lieu d'indication.

Il n'y a donc pas eu dans la Nièvre, contrairement à ce qu'avait constaté Petit dans le Cher, d'augmentation des cas de délire aigu depuis la propagation d'encéphalite épidémique.

A PROPOS D'UN CAS DE PARALYSIE GÉNÉRALE INFANTILE

Par MM.

J. HAMEL

et

P.-A. MERLAND

Médecin-chef

Interne

de l'Asile d'aliénés de Maréville

Le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la paralysie générale progressive est encore mal établi.

Considérée le plus souvent comme un facteur déterminant, conditionnant même la méningo-encéphalite diffuse, l'infection syphilitique est reléguée au second plan par quelques auteurs.

Cette dernière opinion repose sur trois constatations cliniques bien mises en lumière par M. Klippel (1). D'une part, l'inefficacité ou la nocivité du traitement chez les paralytiques généraux avérés, d'autre part l'absence chez ces malades de toute lésion cutanée ou muqueuse susceptible de démontrer l'existence d'une syphilis en évolution, enfin l'impossibilité où l'on est

(1) M. KLIPPEL. — Le syndrome de la P. G. Etude synthétique. *Annales médico-psychologiques*, février 1922.

parfois de retrouver dans leur passé la moindre trace de l'infection spécifique.

Ces trois arguments, bien que n'étant pas dénués de valeur, sont toutefois en contradiction avec un certain nombre de cas bien observés ; aussi ne nous semble-t-il pas qu'ils soient de nature à infirmer l'action directement pathogène du tréponème dans la méningo-encéphalite.

Avant d'examiner de plus près le poids des faits précités, nous relaterons une observation de paralysie générale infantile dont l'origine, la symptomatologie et l'évolution nous ont paru ajouter aux travaux déjà publiés un élément de discussion intéressant.

Le jeune G... Léon était en traitement depuis le 17 août 1921 dans un hospice de la banlieue nancéienne où sont reçus les enfants anormaux. Il avait déjà été traité en 1919 par M. le Professeur Perrin qui avait obtenu des améliorations temporaires par diverses tentatives opothérapiques ; un traitement d'épreuve institué malgré l'absence d'antécédents spécifiques n'avait donné aucun résultat.

Le 23 septembre 1921, G... entre à l'asile sur le vu du certificat médical suivant : « ...est actuellement atteint de troubles mentaux caractérisés par de l'agitation maniaque, de l'incontinence des matières et des urines, de l'insomnie, de la logorrhée et des périodes d'excitation qui l'empêchent d'être maintenu à l'hospice. »

OBSERVATION. — *Antécédents héréditaires* : Père sobre, souffrait de tuberculose prostatique au moment de la conception de l'enfant. Mort de cancer ? Mère débilitée depuis 10 ans, morte récemment à la suite de pleurésie, phlébite.

Antécédents collatéraux : Un frère aîné mort à 3 ans de méningite bacillaire. Deux autres frères bien portants. Pas d'aliénés dans la famille.

Examen mental : Le malade peut donner quelques renseignements concernant son état civil et son lieu d'origine. Il dit être âgé de 15 ans, mais ne peut indiquer ni la date de sa naissance ni l'année en cours. Il est désorienté dans l'espace et ne se rend pas compte de sa situation. Il se montre turbulent, loquace, aimable, flagorneur, euphorique : « Bonjour, Messieurs, vous venez me voir, je vous remercie

bien. Est-ce que ma petite maman viendra me voir ? Elle m'aime bien, je suis bien gentil, tout le monde m'aime bien....., etc. » Loquacité très grande donnant l'impression d'un état hypomaniaque. Affectation de gentillesse rappelant le caractère épileptique.

L'enfant occupe son temps à jouer avec de menus objets. La nuit il ne dort que très peu et parle à haute voix.

L'interrogatoire montre qu'il a reçu une certaine instruction. Il sait compter et répond facilement à différentes questions concernant Jeanne d'Arc : « Morte à Rouen, brûlée vive. » Henri IV : « C'était un roi de France. » Il nomme également sans hésitation les jours de la semaine. On n'observe pas de dysarthrie ; par contre, les troubles calligraphiques sont nets : Ce sont des altérations matérielles de l'écriture, consistant surtout dans l'irrégularité des lettres. Les traits, d'épaisseur variable, forment des lignes brisées et s'enchevêtrent parfois au point de rendre la lettre méconnaissable. Le malade peut cependant faire correctement par écrit des opérations simples jusqu'à la division.

Ces vestiges d'une instruction et d'une éducation anciennes prouvent que le niveau intellectuel de G... a dû être à un moment donné supérieur à celui que nous constatons aujourd'hui. Même actuellement, sa débilité intellectuelle ne répond pas à son arriération physique.

Examen somatique : Au point de vue physique, G... est un infantile. Il présente de nombreux stigmates de dégénérescence : une boîte crânienne petite et bossuée, une face asymétrique, des dents d'Hutchinson, un corps thyroïde à peine perceptible, une verge petite. On constate une cryptorchidie double et l'absence de caractères sexuels secondaires. Les membres sont longs et grêles, la musculature est insuffisante, le pannicule adipeux épais.

Des tremblements fibrillaires animent les muscles des mains, des doigts, de la langue et des lèvres. Les membres inférieurs sont parésiés. Le malade marche à petits pas, le tronc en légère flexion. La sensibilité générale est obtuse.

Les réflexes rotuliens sont diminués et inégaux (plus vifs à gauche). La pupille gauche, plus grande que la droite, ne réagit pas à la lumière. Le réflexe à l'accommodation est normal des deux côtés.

Le 5 octobre, l'examen du liquide céphalo-rachidien donne comme résultats : Réaction de Wassermann positive, hyperleucocytose, lymphocytose presque exclusive.

Le 8 octobre, un examen complet ne décèle aucun changement de l'état mental. Pas de dysarthrie. Insomnie. Par contre, l'état physique s'est aggravé : l'amaigrissement est

sensible. La marche, la station debout même sont devenues impossibles. Le réflexe rotulien, presque nul à droite, est encore sensible à gauche. Le signe de Babinski est positif à gauche. L'inégalité pupillaire persiste ; le réflexe à la lumière et à l'accommodation est dissocié des deux côtés (Signe d'Argyll-Robertson bilatéral).

Gâtisme diurne et nocturne. Macération de la peau des cuisses et des fesses avec légères excoriations.

Sur la face interne des joues et plus particulièrement au niveau des commissures labiales, on observe des syphilides se présentant sous la forme de taches opalines, fissuraires, allongées d'avant en arrière, brillantes, planes et indolentes. La moitié antérieure de la langue est couverte de taches semblables laissant légèrement suinter au niveau des fissures qui les traversent une sérosité incolore.

Pendant la nuit du 30 au 31 octobre, G... a un ictus. Le 31, la parole et la mastication sont devenues impossibles. La déglutition amène des accès d'étouffement. A partir de ce moment et jusqu'à sa mort, le malade ne peut absorber que des liquides. L'état général décline. Escharre sacrée. Les accidents syphilitiques se sont étendus, surtout ceux qui siègent sur la langue.

Le 4 novembre, on commence le traitement spécifique. L'aplasie vasculaire interdit l'usage de la voie endoveineuse et l'état des téguments dans la région fessière est tel que l'on ne peut songer à la voie intramusculaire. On se contente de pratiquer tous les six jours une injection sous-cutanée de 0,05 centigr. de néo-salvarsan jusqu'à la dose totale de 0,50 centigr. La première seule est suivie d'une réaction thermique violente de quelques heures.

Après la 3^e injection, les accidents de la muqueuse buccale disparaissent, et le malade commence à articuler quelques mots.

Quelques heures après la quatrième injection, la parole devient facile. Mais au bout de 3 jours, on observe quelques achoppements, le quatrième jour les accroc's sont plus nombreux et ces troubles s'accusent peu à peu pour aboutir le 6^e à un bredouillement inintelligible.

L'élocution subit après la 5^e injection une amélioration rapide et notable, mais d'une durée éphémère. Dès le surlendemain, la dysarthrie reparait, bientôt suivie d'un mutisme complet et définitif.

Dès lors, le traitement reste sans effet et le malade entre peu à peu dans une longue agonie de deux mois : Incontinent total, paralysé des 4 membres, il est indifférent et insensible à toutes les influences extérieures. Des escharres

énormes et profondes, d'où s'écoule un liquide sanieux et infect, envahissent la région fessière et lombo-sacrée, les épaules, les talons. — La peau des membres inférieurs présente un œdème d'apparence éléphantiasique. La partie déclive du cuir chevelu est également infiltrée ; les cheveux se détachent par touffes entières. L'émaciation de la face et du tronc est extrême. La mort survient le 14 février 1922 dans la cachexie et le marasme.

Autopsie : Le crâne atteint un centimètre d'épaisseur en certains endroits. Entre le crâne et l'encéphale existe un vide considérable. Le cerveau, bosselé, est diminué de volume dans son ensemble, mais l'atrophie des lobes frontaux est particulièrement remarquable. A leur niveau, la dure-mère devenue trop grande s'est fortement plissée. Elle est épaissie dans toute son étendue. Les méninges molles, œdématisées, lactescentes et d'aspect gélatineux adhèrent partout à l'écorce cérébrale. La décortication est absolument impossible. C'est une véritable symphyse méningo-corticale... Les lésions de méningite diffuse s'étendent à toutes les circonvolutions, sans localisation, mais respectent le cervelet et toute la région interhémisphérique de la base au niveau de laquelle prennent naissance les nerfs craniens. En aucun endroit, on ne trouve de pus ni de pseudo-membranes ; pas de granulations miliaires apparentes.

L'histoire clinique de G... nous apprend que ce malade a d'abord été considéré comme un débile atteint de dégénérescence physique et mentale constitutionnelles. Puis son excitation cérébrale, se traduisant par de l'insomnie et par une loquacité continuelle à forme de fabulation, son attitude aimable avec affectation de gentillesse, rappelant par bien des points le caractère flagorneur de l'épileptique, pouvaient faire penser à un état hypomaniaque d'origine comitiale.

Ainsi l'examen des troubles psychiques présentés par G... n'imposait pas le diagnostic de méningo-encéphalite. La découverte, trois ans après le début de l'affection, d'accidents spécifiques et de signes somatiques, en attirant notre attention sur l'évolution possible d'une paralysie générale ou d'une syphilis cérébrale, nous incita à faire une analyse plus complète des signes de débilité mentale constatés auparavant chez notre malade : L'examen direct, complété par les

anamnestiques, ne tarda pas à nous donner la conviction que G... avait jusqu'à l'âge de 10 ans environ vécu une existence intellectuelle normale. Tandis que survenait à cette époque un arrêt de son développement physique aggravant les tares héréditaires dont il portait déjà le fardeau, une diminution de ses facultés psychiques commençait, qui s'accroissait progressivement pour aboutir vers l'âge de 12 ans à un état voisin de l'imbécillité.

Le diagnostic de dégénérescence physique et mentale constitutionnelle devenait insuffisant, et il fallait choisir entre la paralysie générale juvénile et la syphilis cérébrale. En faveur de cette affection existaient quelques signes de localisation (Babinski positif à gauche), mais c'est également là un fait de constatation courante dès le début de la paralysie générale infantile. Du reste, la longue durée de la maladie (4 à 5 ans), les particularités de son évolution et plus encore les lésions trouvées à l'autopsie démontraient qu'il s'agissait bien d'un cas de paralysie générale infantile classique (1).

Cette observation ne nous semble pas seulement instructive parce qu'elle se rapporte à une affection peu courante ; elle nous paraît surtout intéressante par les indications qu'elle fournit en faveur de la nature syphilitique de la paralysie générale progressive. — Nous avons vu, au début de ce travail, que les défenseurs de la doctrine parasymphilitique de la paralysie générale tiraient parti dans leur argumentation de l'insuccès du traitement spécifique chez les paralytiques généraux avérés et même de sa nocivité dans certains cas.

Sans vouloir parler ici des nombreux exemples signalés dans des travaux de grande valeur, et dans lesquels le néosalvarsan a produit des rémissions remarquables, nous nous bornerons à constater qu'un tel

(1) Nous avons hésité entre les deux qualificatifs infantile et juvénile. L'âge du sujet, 15 ans, nous paraissait un âge limite. Les caractéristiques morphologiques de G... en faisant sinon un enfant, du moins un infantile, nous nous sommes arrêtés à ce dernier terme.

argument ne résiste pas à l'examen des faits. A quel agent thérapeutique, quelle que soit sa puissance, peut-on demander de réparer des lésions aussi profondes que celles trouvées à l'autopsie de notre malade ? Nous ne doutons pas de la nature syphilitique du mal perforant buccal parce que le traitement n'amène pas une régénération de la voûte palatine. Pourquoi refuserions-nous au tréponème un rôle pathogène dans la méningo-encéphalite en nous basant sur ce fait que l'arsenic est impuissant à reconstruire un lobe frontal fondu et dégénéré ?

Et même dans notre observation, quelle que soit l'interprétation et l'importance qu'on veuille donner à ce fait, n'est-il pas remarquable de voir après la cinquième injection G... recouvrer l'usage de la parole pendant quelques jours pour le perdre progressivement jusqu'à l'injection suivante qui amène de nouveau une amélioration éphémère ?

A noter également l'absence d'antécédents syphilitiques chez ce malade. Et cependant la réaction de Wassermann, positive dans le liquide céphalo-rachidien. L'hyperleucocytose et la lymphocytose constatées dans ce même liquide, nous démontrent que la syphilis était en cause. Dans notre cas, la présence du spirochète ne se révèle pas seulement par des examens de laboratoire dont quelques auteurs contestent la spécificité, elle est rendue évidente par l'apparition de lésions siégeant sur la muqueuse de la langue et des joues, bien caractérisées, cédant rapidement au traitement.

Il existait donc chez G... une syphilis en évolution, et dans son sang un tréponème actif et virulent, capable enfin de déterminer des lésions de méningo-encéphalite diffuse. La coexistence d'accidents syphilitiques avec la paralysie générale n'est d'ailleurs pas absolument exceptionnelle :

Rivaillon (1), dans sa thèse, en a réuni huit cas ;

(1) M. RIVAILLON. — De la coexistence d'accidents syphilitiques avec le Tabes et la P. G. Thèse, Paris, 24 nov. 1909.

d'autres semblables ont été publiés depuis par Spillmann et Perrin (1), Bonnet (2) et Marchand (3).

Nous n'avons pas la prétention de n'omettre aucun travail sur cette question, mais ces quelques observations auxquelles s'ajoute celle que nous relatons aujourd'hui diminuent beaucoup la valeur du principal argument invoqué en faveur de la nature parasymphilitique de la paralysie générale : « Il faut observer encore, dit Klippel, que les paralytiques généraux ne présentent aucune lésion sur la peau ou sur les muqueuses qui puisse démontrer une syphilis en évolution actuelle (4). »

L'étude de ce cas de paralysie générale infantile permet de se rendre compte que l'examen mental du sujet ne met pas toujours sur la voie du diagnostic, et peut même parfois l'égarer, le malade pouvant se présenter comme un débile mental constitutionnel, un hypomaniaque ou un épileptique.

Elle fait ressortir aussi la fragilité du dogme de la nature parasymphilitique de la paralysie générale progressive et apporte une nouvelle preuve de l'action directement pathogène du spirochète dans la méningo-encéphalite diffuse.

(1) P. SPILLMANN et M. PERRIN. — Syphilides cutanées au cours du Tabes et de la P. G. *Province médicale*, n° 40, p. 397, 7 octobre 1911.

(2) BONNET. — Eruption cutanée chez une Paralytique générale. *Bull. de la Soc. clin. de Médecine ment.* An V, n° 7, juillet 1912.

(3) MARCHAND. — A propos du cas de M. Bonnet. *Bull. de la Société clin. de Médecine mentale.* An VI, p. 259, juin 1913.

(4) M. KLIPPEL. — Le syndrome de la P. G. *Annales médico-psychologiques*, février 1922.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT DES PSYCHOSES SYSTÉMATISÉES PAR PROCESSUS SYMBOLIQUE

PAR

D^r E. SOREL

Professeur agrégé à la Faculté
de Médecine de Toulouse

D^r M. RISER

Chef de Clinique
de la Faculté

D^r E. GAY

Ex-interne des Hôpitaux

Au nombre des moyens qui assurent le développement des psychoses systématisées progressives figure le symbolisme délirant ; mais celui-ci ne représente guère qu'une exceptionnelle curiosité psychologique en comparaison des autres processus pathogéniques hallucinatoires ou interprétatifs, infiniment plus importants. Aussi, nous a-t-il semblé intéressant de recueillir cette observation de persécuté chez lequel la paranoïa, repoussant toute hallucination, s'alimente uniquement au moyen de symboles, à l'exclusion de tout autre mode d'interprétation. Il s'agit d'un jeune homme de 27 ans, Abel B... qui menait pour 150 francs par mois la misérable existence d'instituteur libre ; on conçoit sans peine qu'avec un semblable traitement il ne pouvait guère connaître que des joies exclusivement spirituelles et qu'il en résultait pour lui un douloureux et bien explicable sentiment d'incomplétude. Son caractère névropathique aidant il chercha l'explication d'un semblable malaise et il crut la trouver dans la couleur trop rougissante de ses opinions politiques ; et dès lors il ne devait plus voir dans le monde qu'un vaste symbolisme destiné à lui enseigner à quitter la gauche pour la droite, les rouges pour les blancs.

S'il rencontre dans la rue une femme avec un fichu rouge et une jeune fille avec une rose rouge, cela veut dire sans équivoque qu'il n'est qu'un fichu rouge, qu'une rosse de rouge ; un jour sur un pont il passa entre un homme à favoris qui se trouvait à sa droite, et une femme regardant le cimetière qui se trouvait à sa gauche, et il en conclut que cela signifiait : Si tu vas à droite, tu seras favorisé, mais si tu vas à gauche, tu seras obligé de regarder la mort. Le matin, sur

son pupitre il aperçut une règle à sa droite, lui signifiant sans doute de se régler sur la droite, de même que les « huit petits vases à droite » de la cour lui conseillaient dans son nouveau langage des fleurs « oui, petit, vas à droite ». Chaque fois qu'il se trouve en présence d'un interlocuteur il observe soigneusement s'il passe la main à droite ou à gauche de sa figure et il en déduit une signification cabalistique ; de même il se demande avec angoisse s'il n'y a pas un redoutable avertissement dans les noms des trois nouveaux élèves de sa classe « Marre, Molas, Montcamp », qu'il interprète ainsi : « Il y en a marre, ce molasse a trahi mon camp ». Bientôt d'ailleurs ses ennemis arrivent à l'insulte ; l'élève suivant se nomme Chevrolet ; ne veut-on pas lui dire qu'il a la laideur d'un chevreau. Héroïque il ne cède pas, alors, c'est l'ultimatum ; le nouveau curé de la paroisse se nomme « Guérin », qu'il traduit : « C'est la guerre, hein ! » Encore plus héroïque, il ne cède pas encore, alors les hostilités commencent toujours sur le mode symbolique.

Pour la première fois il remarque dans la rue de sa ville natale, ce qu'il y avait cependant toujours vu : Des passants qui crachent sur les trottoirs ; des cochers qui battent leurs chevaux ; des chats crevés qui pourrissent dans le ruisseau. Ce sont là scènes habituelles de la rue toulousaine, mais il l'oublie, et il se demande si cela ne signifie pas : « On te crachera dessus comme si tu étais un trottoir de Toulouse, on te battra comme un cheval de flacre, et on te crèvera comme un chat ». De même il oublie qu'il est à la saison des pelures d'orange, et il s'indigne du nombre considérable de passants qui trébuchent devant lui. Il y voit une subtile méthode indienne destinée à faire fléchir sa volonté au milieu de ce fléchissement universel. De même il se demande avec terreur pour quel motif profond il a vu l'autre jour s'asseoir auprès de lui un vieillard souffreteux et laid « qui lui ressemblait comme un frère » et, plus anxieux que le Musset de la Nuit de Décembre il vit là-dedans un procédé subtil, destiné à lui montrer ce qu'il est condamné à devenir s'il ne se soumet pas. L'héroïsme de chacun de nous a une limite ; la sienne était atteinte et il se soumit. Et

la soumission fut symbolique comme avait été la menace. A bout de forces, il envoya au général une lettre ornée de « huit traits à droite », ce qui signifiait très clairement pour lui, et s'imaginait-il aussi pour le général : « Oui, je suis très à droite ». Il y avait là un mode de reddition inattendu qui fut sans doute insuffisamment compris du général, car Abel B... crut bon de compléter en multipliant les confessions privées et publiques, et même en envoyant son adhésion au parti royaliste afin de mieux désarmer ses ennemis. Ceux-ci ne désarmant pas, il eut recours au Commissaire de Police qui représente pour tous les persécutés la suprême ressource et aussi la suprême souricière. Il multiplia tant et si bien auprès de ce fonctionnaire municipal les démarches, visites et requêtes, que celui-ci estima nécessaire pour la sécurité publique en général et pour la sienne en particulier, de le diriger sur la Clinique des Maladies Mentales où il nous a été donné de l'observer. Cet internement fut d'ailleurs d'une excellente thérapeutique, car les persécuteurs symboliques n'ont pas franchi l'enceinte de l'hôpital, et Abel B... profite de son répit pour rechercher le mystérieux chef d'orchestre qui a mené tout cela.

Actuellement il en est à la phase d'accusation collective la plus vague, et ne sait s'il doit incriminer « la caste cléricale ou militaire », les curés ou les jésuites qui veulent punir ses propos tendancieux, les médecins du Centre de Réforme qui le soumettent à des traitements inattendus, ou, tout simplement, dit-il parfois, le général qui a voulu rigoler d'un malheureux.

Tel est en résumé l'observation de ce paranoïaque qui présente à peu près toutes les nuances d'un symbolisme délirant interprétant systématiquement dans le sens de sa psychose mots, gestes et actes, et utilisant dans sa défense les procédés symboliques qui ont servi à l'attaque. Seul nous a paru manquer le symbolisme graphique qui est capable de faire dire n'importe quoi à n'importe quelle ligne d'écriture. N'a-t-on pas vu des aliénés utiliser des grilles cryptographiques, qui, par une suppression tendancieuse de lettres et de mots, fabriquent avec un membre de phrases

inoffensif comme : « Tu ressembles » un homicide « Tues-le ». Notre malade n'a pas encore eu l'ingéniosité d'utiliser un semblable procédé, mais il ne faudrait pas une forte suggestion médicale pour compléter la symptomatologie symbolique de son délire.

L'intérêt de ce cas réside précisément dans la richesse symbolique comparée à l'absence complète de toute hallucination ou interprétation. Malgré l'interrogatoire le plus tendancieux il nous a été impossible de faire avouer à notre malade la plus petite voix ou la plus petite vision. Et devant notre insistance à passer plusieurs fois en revue tous ses appareils sensoriels en vue de découvrir une défaillance, il nous répondit avec quelque humeur qu'il n'était pas un fou halluciné, et, ajoutait-il, avec quelque complaisance pour le choix heureux de ses termes « qu'il savait distinguer un fait subjectif d'un fait objectif ». De même l'interprétation péjorative des faits réels est chez lui réduite au minimum — et cependant la matière ne lui ferait pas défaut. Lorsque dans la société actuelle on ne parvient à gagner que 150 francs par mois, on n'a pas besoin d'une exceptionnelle constitution paranoïaque pour se montrer quelque peu misanthrope. Il y aurait là semble-t-il, pour nourrir un délire de persécution un aliment tout proche, mais il le méprise et va chercher infiniment loin à l'aventure. Chaque fois par exemple que son Directeur d'Ecole lui faisait de sévères admonestations sur la tenue de sa classe, Abel B... ne faisait pas comme un interprétateur qui aurait grossi à l'extrême la portée de ces remarques, il n'observait qu'une seule chose : les gestes du Directeur avec sa main droite qui, dans son langage symbolique plus clair, croyait-il, que tous les discours signifiait de toute évidence : « Il faut aller à droite ».

Evidemment il y a dans la psychogénèse de ce délire, un processus tout à fait anormal, car, si on rencontre parfois des paranoïaques qui parsèment leurs interprétations de quelques symboles, il est tout à fait exceptionnel de trouver un délire aussi expansif reposer uniquement sur quelques médiocres rébus et quelques méchants calembours. Jamais semble-t-il, une intelligence fruste n'aurait songé à attribuer à chaque

mot et à chaque chose un sens ésotérique tout gonflé de menaces. Un homme du peuple n'aurait pas comme notre malade recherché par une abstraction de quintessence la 4^e ou la 5^e signification de chaque mot ; il a trop souvent de la peine à en saisir la toute première. Pour réaliser un semblable effort de distillation verbale, il faut, suivant la comparaison leibnizienne, être habitué à broyer dans son cerveau plutôt « la paille des mots que le grain des choses » ; il faut comme notre malade avoir passé sa vie au milieu des exemples de grammaire ; et c'est sans doute ce qui a valu à son délire un mode de formation si exceptionnel. Il faut également être affligé d'un affaïssement marqué de son fonds mental pour établir des rapprochements aussi incohérents. Nous n'avons recueilli en effet parmi ses innombrables symbolismes, que ceux qui peuvent justifier d'un semblant d'explication, mais quand on voit par exemple notre malade se demander en présence d'un inoffensif « douanier », s'il n'a pas été posté là pour lui faire comprendre que les mauvais procédés de ses ennemis seront « doux à nier », on peut se demander si on n'est pas en présence d'un véritable processus démentiel, avant-coureur par exemple d'une méningo-encéphalite. Aussi, malgré l'absence de tout signe somatique de spécificité nerveuse, cette crainte fondée sur l'incohérence du délire, assura à notre malade le bénéfice d'une ponction lombaire qui témoigna d'ailleurs des réactions humorales franchement négatives.

Examen du liquide céphalo-rachidien le 20 septembre 1921 :

Réaction de Wassermann = négative.

Albuminose = 0 gr. 30.

Lymphocytes = 1.

Réaction de Boveri = négative.

Réaction de Nonne = négative.

Réaction de Pandey = négative.

Malgré quelques apparences psychologiques, il nous a donc été impossible de rattacher cette psychose à la spécificité, et cependant nous nous résignons mal à les rejeter en désespoir de cause dans cette immense

corbeille à débarras que représente encore à l'heure actuelle le groupe des psychoses protopathiques essentielles. Aussi avons-nous émis l'hypothèse d'une psychose par autointoxication due à l'épuisement, survenue chez un inanitié. Depuis en effet qu'il connaît à l'hôpital, en même temps que le repos une nourriture moins évangélique que celle de sa vie misérable, son délire a cessé de grossir d'acquisitions nouvelles ; il s'est contenté de demeurer rétrospectif. Mais si l'hygiène et la diététique éteindront peut-être quelques flambées délirantes, elles n'exhausseront pas sensiblement le fonds mental, qui, en dépit ou peut-être même en raison de ses poésies présentées aux Jeux Floraux nous a paru irrémédiablement bas. Et cette gravité de pronostic psychique nous a semblé s'attacher tout particulièrement aux processus symboliques délirants. Une interprétation systématiquement déformante des faits réels peut en effet ne témoigner qu'une atteinte mentale légère — à la limite elle devient presque physiologique. Mais il faut avoir perdu singulièrement le sens du réel pour chercher dans un méchant symbolisme de rébus ou de charade les éléments nécessaires à l'édification d'un délire. Celui qui interprète est un arrangeur, suivant l'ancienne expression psychologique, et il édifie du délire avec quelque chose, tandis que celui qui symbolise est un véritable créateur ; il construit son délire avec rien, — et cela est infiniment plus grave. Nous rapprocherions volontiers l'interprétation de l'illusion qui déforme une sensation réelle, tandis au contraire que nous rapprocherions le symbolisme de l'hallucination qui fait surgir une sensation absolument imaginaire. Dans le domaine des idées, interprétation et symbolisme soutiennent le même rapport qu'illusion et hallucination dans le domaine sensitivo-sensoriel. Le symbolisme délirant et l'hallucination dénotent tous deux une atteinte psychique profonde, et, si le symbolisme est infiniment plus rare que l'hallucination, c'est sans doute parce que son développement exige des intelligences surtout verbales, plus habituées à se mouvoir au milieu des mots que des choses.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU LUNDI 24 AVRIL 1922

Présidence de M. DUPAIN, ancien Président

MM. Bonhomme, Brousseau, Demay, Pierre Kahn, membres correspondants, assistent à la séance.

M. le Secrétaire Général annonce que M. Toulouse, président, souffrant, s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

Après lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente, M. le Secrétaire Général donne lecture de la correspondance manuscrite qui comprend :

une lettre de M. Antheaume, vice-président, qui s'excuse de ne pouvoir assister à la séance ;

une lettre de M. Claude qui remercie la Société de l'avoir élu-membre titulaire ;

des lettres de M. Raviart qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant (la Société désigne une Commission composée de MM. Semelaigne, Truelle et René Charpentier, rapporteur) ;

une lettre de M. Journiac qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre correspondant (la Société désigne une Commission composée de MM. Dupain, Sérieux et Mignard, rapporteur) ;

une lettre de M. George Gordon (de Londres) qui demande à faire partie de la Société en qualité de membre associé étranger (la Société désigne une Commission composée de MM. Capgras, Colin et René Charpentier, rapporteur).

Traitement de l'état de mal épileptique

Par MM. Ed. TOULOUSE et L. MARCHAND

Un grand nombre de moyens thérapeutiques ont été préconisés contre l'état de mal épileptique. On a recommandé en inhalations le nitrite d'amyle (Crichton Browne) ; en injections hypodermiques le sérum artificiel (J. Voisin), le bromure de potassium (Viviani) (1), la morphine (Gowers) (2), le bromhydrate d'hyoscine (Wildermuth) (3), (Raffle) (4), le strophantus (Poulet) (5) ; en lavements le bromure et le chloral associés à hautes doses, l'hydrate d'amylène (Dougall) (6).

Jodicke (7) fait d'abord une saignée de 100 à 200 cc. et injecte sous la peau ou dans une veine une solution de chlorure de sodium et de chlorure de potassium.

On a recommandé également les émissions sanguines, l'application de glace sur la tête et même les moyens mécaniques tels que la ligature des membres (Piégu) (8).

Nous n'exposerons ici que les deux méthodes de traitement qui nous ont donné les meilleurs résultats, le traitement bromuré à doses croissantes et fractionnées et la ponction lombaire.

Une cause fréquente de l'état de mal est la suppression brusque du bromure ou du gardénal. Le passage

(1) VIVIANI. — Sulla cura della « stato di male » epilettica col bromuro di potassia per via ipodermica. *Cesalpino*, 1909, 121-131.

(2) GOWERS. — *De l'Epilepsie*, Masson, Ed., p. 452.

(3) WILDERMUTH. — Amylenhydrat gegen Epilepsie. — *Neurol. Centralb.*, 1889, p. 451.

(4) A. BANKS RAFFLE. — Notes sur l'état épileptique et son traitement. — *The Journ. of Ment. Sc.* vol. LIV, n° 224, p. 94, janvier 1908.

(5) POULET. — *Bulletin de thérapeutique*, 15 mars 1891.

(6) MAC DOUGALL. — *The medic. chron.*, janvier 1911.

(7) P. JODICKE. — L'état de mal épileptique. *Deutsche Med. Woch.* n° 19, 9 mai 1912, p. 884.

(8) PIÉGU. — Observation d'état de mal épileptique guéri par la ligature des membres. — *Ann. médico-psychologiques*, 1^{re} série, volume II, 1844, p. 304.

du régime déchloruré, qui renforce l'action du bromure, au régime ordinaire a la même action qu'une diminution brusque du bromure. Enfin toutes les causes qui provoquent les crises prédisposent à l'état de mal : la fatigue, les intoxications, les excès d'alcool principalement. Il est bon de savoir que les purgatifs intenses provoquent souvent des accès, peut-être en spoliant l'organisme de sels minéraux, y compris le brome. Pour le reste, la pathogénie de l'état de mal nous est encore insuffisamment connue pour en faire état comme moyens prophylactiques.

Quand l'état de mal se déclare, comment le combattre ? Il arrive que l'état de mal arrive brusquement, mais ce début est rare. Quand on regarde les feuilles d'accès des malades qui ont eu des états de mal, on remarque que généralement les accès sont devenus de plus en plus fréquents avant que l'état de mal se soit déclaré.

Aussi, le début de l'état de mal ne peut être fixé exactement dans cette succession progressive des crises. Si l'on attendait d'ailleurs pour agir, il serait le plus souvent trop tard. Il faut considérer toute progression dans le nombre des crises comme un début d'état de mal.

Pour lutter contre cette exaltation des crises, nous avons institué la méthode suivante. La dose quotidienne de bromure ayant été déterminée empiriquement chez un épileptique, il faut donner au malade une dose de bromure supplémentaire de 1 gramme pour un accès, de 0,50 centigrammes pour un vertige, la dose étant diminuée de moitié dans le régime hypochloruré, sans dépasser la dose maximum par 24 heures de 10 gr. dans le régime ordinaire, de 5 gr. dans le régime sans sel. Ainsi l'on est certain d'agir, à proportion de l'intensité convulsive et si l'état de mal se déclarait, ce serait là le moyen le plus efficace à lui opposer.

Mais cette méthode doit être ainsi complétée. En effet, en suivant les indications ci-dessus, si un malade prend deux grammes de bromure par jour, s'il a dans la même journée 5 accès, il prendra 5 grammes de plus

soit en tout 7 grammes. Sous l'influence de cette bromuration intense, le lendemain il n'aura plus de crise et il reviendra à sa dose fixe de 2 grammes. Mais la différence de doses est trop grande et le jour suivant les crises deviendront plus fréquentes. Aussi, si une dose supplémentaire donnée un jour n'est plus nécessaire le jour suivant, on ne doit la diminuer qu'à raison de 1 gramme par jour.

Cette méthode est prophylactique en ce sens qu'elle fait agir une dose croissante de bromure à proportion de l'augmentation des crises, et s'oppose ainsi à la constitution de l'état de mal qui résulte de l'accumulation des accidents convulsifs.

Dans le service d'épileptiques de Villejuif comprenant environ 120 malades, il y eut pendant une première période de 18 mois, avant l'emploi du traitement prophylactique, 39 sujets ayant présenté de 11 à 20 accès et 7 plus de 20 accès dans une journée. Pendant une seconde période de 18 mois, lorsque le traitement indiqué fut appliqué, 18 malades eurent dans une journée de 11 à 20 accès, aucune au-dessus de 20 (1). Nous avons aussi remarqué que cette méthode avait pour résultat de rendre les états de mal plus rares et moins graves.

Si l'état de mal se déclare malgré les doses supplémentaires de bromure, voici la méthode que l'un de nous a fixée et que son élève Lucchini a exposée dans sa thèse (2).

On donnera selon le nombre de crises de 6 à 8 grammes de bromure dans le cours de la première journée, en fractionnant cette quantité par doses égales, soit par exemple pour 8 grammes, 1 gramme toutes les 3 heures. Si l'on intervenait un peu tard, il faudrait donner une première dose plus forte, par exemple 2 ou 3 grammes. Le lendemain, si l'état de mal ne s'est pas amendé, on donnera la même quantité répartie de

(1) Ed. TOULOUSE. — De l'administration du bromure après l'accès dans le traitement de l'épilepsie. *B. et M. Société médicale des Hôpitaux de Paris*, n° 33, 28 novembre 1901, p. 1192.

(2) P. LUCCHINI. — Du traitement de l'état de mal dans l'épilepsie. — *Thèse de Paris*, 1917.

la même manière. Le troisième jour, les crises auront vraisemblablement diminué, et l'on prescrira 1 gramme toutes les 4 heures, soit 6 grammes en tout. Pendant la quatrième journée, on pourra encore espacer les doses et donner 1 gramme toutes les 5 heures, soit un peu moins de 5 grammes. Ainsi on arrivera, en diminuant chaque jour les doses, à 2 ou 3 grammes par jour.

Si le malade ne peut avaler, nous donnons le bromure en plusieurs lavements, en doublant la dose.

Il est important de tenir compte également de l'intensité des phénomènes généraux. Si un malade par exemple ne présente plus de crises tout en restant très fatigué, dans un état subcomateux et avec hyperthermie, il serait inutile et même dangereux de continuer une bromuration élevée.

Pendant l'état de mal, le régime déchloruré est indiqué et celui qui convient le mieux est le régime lacté.

Il arrive que des malades très sensibles au bromure manifestent de l'intoxication au moment où les crises disparaissent (adynamie profonde, température élevée, diminution du réflexe lumineux, dilatation des pupilles). Ces cas sont très embarrassants. Il y a des malades chez lesquels la marge entre la dose thérapeutique nécessaire de bromure et la dose toxique est très étroite. Si l'on diminue de deux grammes la dose quotidienne, les accès reparaissent ; si on les donne, l'intoxication survient ; il s'agit alors d'apprécier quel est le danger qui est le moins pressant et qui varie d'ailleurs à tout moment.

Le traitement bromuré à doses croissantes et fractionnées donne également de très bons résultats dans l'état de mal traumatique, cette complication redoutable de toutes les blessures cranio-cérébrales. Mais ici, une intervention rapide, exploratrice tout au moins, est également souvent nécessaire. Nous avons vu des états de mal disparaître à la suite d'une simple trépanation au cours de laquelle, après avoir seulement ouvert la dure-mère, on avait constaté l'intégrité apparente de l'écorce.

Le traitement de l'état de mal par la ponction lom-

baire ne nous a pas donné de résultats aussi constants. Cette méthode compte cependant à son chef de véritables succès.

Friedel (1) le premier a montré que la ponction lombaire diminue la gravité de l'état de mal épileptique. Pichenot et Castin (2), Allen (3), Tissot (4), Glouschkoff (5), ont confirmé son action heureuse.

Elle doit être pratiquée le plus tôt possible, dès qu'un épileptique présente plusieurs crises successives avec élévation de température. Il ne faut pas craindre d'enlever d'emblée 20 à 30 cc. de liquide s'il y a hypertension ; si les crises ne diminuent pas de nombre dans les heures suivantes, on peut refaire une nouvelle ponction 8 à 10 heures après la première.

Après la ponction lombaire, si le cœur faiblit, il est bon de pratiquer des injections de caféine et d'huile camphrée. Nous avons obtenu aussi de bons résultats avec les injections d'adrénaline à hautes doses.

Voici le résumé de trois observations d'état de mal traité heureusement par la ponction lombaire. Pendant toute la durée de l'état de mal, la dose de bromure a été de 3 grammes.

D..., âgée de 18 ans, épileptique depuis l'âge de 12 ans, a 14 crises, de 8 à 11 heures ; la température est de 38°2. On soustrait 23 cc. d'un liquide clair, s'écoulant rapidement. Les crises continuent après la ponction. A 13 heures, on compte 11 nouvelles crises, la température est de 38°2. De 13 à 17 heures, la malade a encore 11 nouvelles crises. La température est de 38°3. Deuxième ponction lombaire, on prélève 29 cc. d'un liquide hématique s'écoulant moins ra-

(1) FRIEDEL. — *Archives de Neurologie*, août 1906.

(2) PICHENOT et CASTIN. — Un cas d'état de mal épileptique traité par la ponction lombaire. — *L'Encéphale*, janv. 1907, p. 71.

(3) R.-C. ALLEN. — Un cas d'état de mal épileptique. — Ponction lombaire. — Guérison. — *British Med. Journal*, p. 865, 11 avril 1908.

(4) F. TISSOT. — Epilepsie et ponctions lombaires. — *Progrès médical*, n° 19, 9 mai 1908, p. 226.

(5) A. GLOUSCHKOFF. — Application thérapeutique de la ponction lombaire dans l'état de mal épileptique. — *Assemblée scient. des médecins de l'Asile psychiatrique, Novoskamenskaia. Saint-Petersbourg*, 16 mai 1912.

pidement que le matin. Les crises cessent dans la suite. La température est encore de 38°4 le lendemain à 6 heures du matin ; l'état de prostration est très accusé. La guérison survient ensuite rapidement.

Une autre épileptique présente 18 crises, de 4 à 10 heures du matin ; température 38°5 ; état de prostration marqué. Ponction lombaire ; le liquide s'écoule rapidement, goutte à goutte ; quantité soustraite, 15 cc. La malade a encore trois crises dans les 2 heures suivantes, puis les accès cessent.

Une malade a 137 crises, de 5 à 10 heures du matin ; les crises sont parfois subintrantes ; température 39°. Ponction lombaire ; on prélève 20 cc. de liquide. La malade n'a plus une seule crise ensuite. La température baisse lentement et la convalescence survient rapidement.

Dans les deux premières observations, l'état de mal n'était pas encore confirmé quand la première ponction lombaire a été pratiquée ; les crises étaient encore séparées par des intervalles semi-lucides, sans convulsions ; cependant l'élévation de la température laissait craindre l'imminence d'un état de mal. La ponction lombaire semble bien avoir eu pour résultat de juguler les crises. Dans la troisième observation, il s'agissait d'un état de mal confirmé qui a été arrêté par la ponction lombaire.

Nous avons tenu à exposer ici les deux méthodes de traitement qui nous ont donné les meilleurs résultats. Chacune d'elles présente des avantages particuliers que l'on pourra réunir en les associant l'une à l'autre.

DISCUSSION

M. ROUBINOVITCH. — D'après mes observations de mon service d'épileptiques de Bicêtre, la ponction lombaire m'a paru très efficace dans le traitement de l'état de mal comitial, principalement dans les cas d'hypertension du liquide céphalo-rachidien.

Sur la psychopathogénie des hallucinations (à propos d'une hallucination gigantesque)

Par Maurice MIGNARD

L'intérêt de l'observation suivante n'est pas dans l'évolution clinique, assez banale, du syndrome réalisé. Mais le malade qui le présenta nous a donné quelques renseignements capables de jeter un jour assez vif sur les conditions psychologiques du développement de certaines hallucinations gigantesques, et aussi, par comparaison, sur celles des hallucinations lilliputiennes de Leroy, enfin de nous suggérer quelques idées sur la psychologie et la pathogénie générales des hallucinations proprement dites.

Al. Louis-Marie est un breton âgé de 33 ans. La taille est petite, la physionomie douce et timide. Il s'exprime facilement, comprend bien, et répond aux questions qui lui sont posées.

Il est à l'Asile de Vaucluse depuis le 7 décembre 1921. A ce moment, il manifestait un délire confus avec onirisme terrifiant, visions d'ennemis et scènes effrayantes. Ses réactions étaient de nature mélancolique. L'on pouvait noter le tremblement de la langue.

Les renseignements obtenus nous le présentaient comme un garçon sensible et impressionnable, mais sobre et bien équilibré, qui n'avait pas manifesté de troubles mentaux avant la guerre.

Aux armées, il avait subi de pénibles émotions. Intoxiqué par les gaz en 1917, prisonnier du 17 mai 1918 à l'époque de l'armistice, il était peu après rentré à Paris, où il est resté comme ouvrier de l'équipement militaire.

Mais dès lors, de son propre aven et de celui de sa famille, il ne pouvait retrouver son équilibre mental; toujours triste, obsédé par des préoccupations qu'il n'arrivait pas bien à préciser lui-même, il ne s'adaptait pas à sa nouvelle situation. Il rêvait beaucoup la nuit; le jour, il s'imaginait sans cesse que l'on s'occupait de lui. Sous un état apparemment normal, c'était déjà l'incubation du délire.

Le délire éclate brusquement à la suite de la fête des

noces de son frère, à laquelle il avait assisté. Les excès alcooliques, exceptionnels pour lui, auxquels il fut entraîné ce jour-là, semblent avoir déclenché les accidents subaigus.

Il s'agit d'un accès d'onirisme avec réactions mélancoliques et refus d'aliments. Traité par l'alitement, le régime sédatif et de désintoxication, la psychothérapie à la fois réconfortante et calmante, l'état du malade s'améliore de façon progressive et régulière.

Le 13 mars 1922, il répondait à nos questions en ces termes :

« J'avais des idées tristes en arrivant. Mais, au bout de quelques jours, c'est comme quelque chose qui s'est dégagé dans la tête ; c'est le repos qui m'a fait du bien. Je rêvais autrefois, maintenant je ne rêve plus du tout. »

« Je voyais des combats et des choses de la guerre qui me faisaient peur. Mais ce qui m'effrayait le plus, et qui revenait toujours, c'était un grand, grand bonhomme, un espèce de géant qui me poursuivait. » (Ici la mimique et les gestes du malade expriment la notion de dimensions vraiment colossales).

« Il était très, très grand. Il avait comme deux mètres de haut. » (Notons cette apparente contradiction, que nous comprendrons peut-être plus tard). « Je savais que c'était mon grand-père. Je ne distinguais pas bien ses habits, et je ne voyais pas bien sa figure ; mais j'avais dans l'idée que c'était mon grand-père, et c'est ce qui me faisait peur. »

« Il faut vous dire que, quand nous étions petits, ma sœur et moi, nous nous amusions dans le jardin de mon grand-père. Quelquefois nous passions en courant dans ses cultures ; il n'aimait pas cela, et nous faisait de grandes peurs pour que nous n'y revenions pas. »

Essayons de tirer, de ce témoignage, les conclusions qu'il comporte.

D'abord, nous pouvons constater le caractère éminemment psychologique du phénomène hallucinatoire. D'une part, il objective une représentation imaginaire, qui est celle d'un homme très grand, dont la haute taille domine le sujet. D'autre part, cette représentation mentale est certainement très riche en significations intellectuelles. La principale nous apparaît d'autant plus nettement qu'elle déborde l'image hallucinante, qui ne la traduit que d'une façon incomplète. Louis-Marie Al. nous a révélé la croyance intimement liée à

l'hallucination : la personne représentée n'était autre que son grand-père, et cependant la représentation n'était pas assez nette pour qu'il ait vraiment pu le reconnaître. Nous sommes en présence d'une affirmation du sentiment intellectuel d'autant plus incontestable qu'elle ne peut trouver ses raisons, ni même ses motifs suffisants dans les données imaginatives qui l'accompagnent. Enfin, ce système n'est pas uniquement idéoreprésentatif. Il est animé par l'affectivité, et dépend d'une inclination maladivement exagérée, la peur, devenue la terreur. La peur pathologique, la peur obsédante, développée pendant la guerre a préparé des systèmes, — ou si vous voulez, des complexes, — dans la réalisation desquels se trouvent évoqués tous les souvenirs terrifiants, depuis ceux, relativement récents, des combats et des dangers réels, jusqu'à celui, très lointain, mais évocateur de la vive sensibilité du jeune âge, qui représente un grand vieillard poursuivant deux enfants dans un jardin.

Et c'est pourquoi le « bonhomme » représenté paraît si grand. Il fait à Louis l'effet d'un géant, dans le sens populaire et colossal de cette expression. Et, tout compte fait, il ne dépasse que d'une faible proportion la taille d'un adulte ordinaire. C'est qu'à son insu le sujet se le représente à l'échelle où lui paraissaient, lorsqu'il était enfant, les hommes de grande taille, et le sentiment de domination est resté dans l'affectivité, tandis que le travail de la raison a pu rétablir ensuite l'approximative réalité des dimensions.

Cette observation, rapprochée de celles de Leroy sur les hallucinations lilliputiennes, nous révèle le développement chez l'enfant de systèmes ou complexes idéo-affectifs et représentatifs en rapport avec la taille des personnages qu'ils voient ou imaginent. La haute taille relative des grandes personnes les intimide ou les effraie, et, par compensation, ils sont rassurés et réjouis dans le monde imaginaire et réduit que leur présentent leurs jouets, et les fables inventées pour complaire à cette tendance. Aussi ne faut-il pas s'étonner de voir, dans les ultérieures évocations de la maladie, les hallucinations lilliputiennes, colorées, vives

et remuantes, correspondre à un sentiment de joie amusée, tandis que notre hallucination gigantesque, sombre et confuse comme la crainte, traduisait un sentiment de terreur.

Ceci dit pour prouver le caractère essentiellement psychologique de l'hallucination, il nous reste, pour nous en faire une notion adéquate, à la distinguer des représentations mentales qui ne sont pas vraiment hallucinantes.

En effet, il ne suffit pas qu'une représentation soit vive et involontaire pour qu'elle devienne une hallucination vraie. Si Quercy a trouvé certains déments chez lesquels on ne pouvait établir de distinctions entre les processus banaux du mentisme morbide et les phénomènes véritablement hallucinatoires, Georges Petit, reprenant l'étude des pseudo-hallucinations, nous a montré des délirants qui subissaient malgré leur volonté le développement de vives représentations aperceptives, attribuées par eux à l'influence d'autrui, et cependant leur décrivaient des caractères qui n'étaient pas hallucinatoires. Et, d'autre part, Colin et Mourgue maintenaient les caractères positifs de l'hallucination vraie. Ce qui manquait aux pseudo-hallucinations représentatives pour constituer des hallucinations proprement dites, c'était le sentiment d'objectivité. L'hallucination traduit, certainement, le travail morbide de l'imagination, mais, devons-nous ajouter, d'une imagination particulière : l'imagination objectivante.

Cette imagination objectivante n'est pas uniquement un processus morbide. Elle remplit un très grand rôle dans notre vie de chaque nuit et de chaque jour. C'est elle, certes, qui dans le sommeil, nous fait voir des scènes qui paraissent vraies et trace devant nous des tableaux mouvants où personnages et animaux s'agitent dans des décors variés. Mais c'est elle aussi qui, dans l'état de veille, complète notre perception et nous permet de nous conduire dans un monde à la fois intelligible et sensible. On connaît l'expérience classique : des mots usuels sont montrés au lecteur avec un dispositif qui permet de ne les laisser voir que pendant une courte durée. Pour une certaine vitesse, les mots sont

lus entiers, lors même que l'on a supprimé une ou plusieurs des lettres qui les constituent. Le sujet ne s'aperçoit pas de l'absence de ces lettres. Le mot reconnu est donc complété par un travail de l'imagination, et de l'imagination objectivante, car l'ensemble des caractères, tel qu'il apparaît au sujet, se présente comme objectif, aussi bien dans ses constituantes imaginaires que dans ses constituantes sensibles. Or, ceci se passe à propos de chaque perception : les données sensorielles sont complétées par l'apport imaginatif, basé sur l'expérience passée. Ainsi se construit la perception, avec du sensible et de l'imaginaire. Et cet imaginaire se confond avec le sensible de telle façon que nous ne pouvons les distinguer. Tous deux nous apparaissent dans l'objet comme en faisant partie intégrante. L'imagination objectivante est donc une fonction de première importance, qui collabore à chaque instant à notre perception du monde extérieur.

Ajoutons que dans l'état normal, et dans l'état de veille lucide, les produits de l'imagination objectivante sont constamment contrôlés par les variations du sensible. La perception, qui est faite de l'un et de l'autre, est à chaque instant corrigée par de nouvelles expériences qui viennent régler et limiter la part de la supposition. Mais dès que l'attention se relâche suffisamment, l'illusion déforme les objets, parce que les jeux de la fonction objectivante échappent désormais au contrôle. C'est ce qui se produit chez l'homme que le sommeil gagne, quand il veut tenir ses yeux ouverts. Et lorsque le sommeil se développe progressivement, l'imagination objectivante est l'une des dernières fonctions qui s'assoupissent, avant que persiste seul le vague sentiment d'existence, sans précision d'espace ni de temps, qui semble correspondre à son degré le plus profond. De toutes les fonctions mentales, l'imagination objectivante est une de celles, en effet, qui nécessitent le moins d'effort, car c'est d'instinct et sans fatigue qu'elle joue tout le long du jour pour compléter la perception. Il est donc naturel que pour une certaine intensité du sommeil, lorsque sont suspendues les opérations de contrôle, elle fasse foisonner autour des

moindres phosphènes les rêves et leurs mirages mouvants.

Si nous envisageons maintenant les conditions physiologiques de la représentation mentale, celles de la sensation, et celles de la perception, nous reconnaissons qu'elles ont entre elles des rapports et des différences qu'il est utile d'examiner.

Le conditionnement organique de la sensation se résume à peu près sans doute dans le fonctionnement de systèmes de cycles réflexes sensitivo ou sensorio-moteurs à trajet partiellement cérébral. Les résonnances organiques de la représentation mentale simple, moins facilement accessibles, intéressent, très probablement, des sphères plus hautes et plus étendues de l'activité nerveuse. Mais nous pouvons, dès maintenant, affirmer que les concomitants physiologiques de la perception, et ceux de l'imagination objectivante, normale ou pathologique, et par conséquent de l'hallucination, nécessitent une vaste synthèse des uns et des autres. En effet, nous l'avons vu, si dans l'hallucination, comme dans la perception, les représentations mentales sont impliquées, le caractère d'objectivité qui leur est conféré les rapproche, par un autre côté, de la sensation elle-même. Le processus physiologique qui les accompagne doit donc intéresser, d'une part, les systèmes neurologiques influencés par les représentations, et d'autre part certains de ceux dont l'activité se trouve fonctionnellement liée avec le développement des sensations.

Après avoir compris le caractère psychologique des hallucinations, nous pourrions comprendre maintenant certaines conditions physio-pathologiques de leur production. Nous comprendrions que soient provoquées des hallucinations par le développement de tumeurs sur le trajet des fibres nerveuses centripètes venues des organes des sens, et qu'elles soient unilatéralement localisées dans la direction de l'espace correspondant à ces causes d'irritation. L'irritation nerveuse pathologique agit ici comme la normale excitation sensorielle, en provoquant, par des réactions frustes de la conscience analogues à la sensation, le point de départ de

systèmes où l'imagination s'objective, accompagnée à son tour des concomitants physiologiques dont nous avons parlé. Ainsi se construit l'hallucination, fausse perception, fruit du psychisme tout entier, autour de modifications d'origine anormale, comme autour des sensations proprement dites se construit la perception à laquelle aussi tout le psychisme collabore.

Pour en revenir à des phénomènes analogues à ceux que présente notre sujet, nous y reconnaissons nettement un processus psychologique et un conditionnement organique. Le processus psychologique, c'est l'hallucination elle-même, manifestation pathologique de l'imagination objectivante, avec ses caractères imaginatifs, intellectuels, affectifs, intimement unis en un seul acte de conscience, et que nous avons mis en lumière. Le développement, ou tout au moins le déclenchement de ce processus est facilité ou provoqué, du fait de liaisons fonctionnelles qui restent mystérieuses, par une certaine modification des neurones, excitations et inhibitions complexes, déterminées notamment par l'intoxication alcoolique. Mais, par suite de la réciprocité des influences, le fait psychologique réagit sur les conditions corporelles de son entraînement. Ainsi se constitue le cercle des interréactions morbides, interréactions dont le point d'origine peut se trouver, du reste, aussi bien dans l'une que dans l'autre des deux sphères. C'est un cas particulier d'un processus très général en psychopathologie, l'emprise organopsychique, sur lequel nous poursuivons en ce moment une série d'études.

DISCUSSION

M. LEROY. — Etant donné que le délire onirique prend souvent sa source dans les rêves du sujet, je demanderai à M. Mignard s'il a étudié les rêves de son malade. Je signale incidemment que les hallucinations visuelles plus grandes que nature se rencontrent parfois dans les intoxications par la cocaïne et le haschisch.

M. MIGNARD. — J'ai tenu jusqu'à présent à m'abstenir de toute question et de toute analyse pour éviter

la moindre suggestion ; cependant le malade m'a parlé spontanément de ses rêves, lesquels n'avaient rien d'anormal.

M. VALLON. — Il n'est pas douteux que l'imagination objectivante existe à l'état normal. Des peintres et des sculpteurs ont possédé le don de faire poser devant eux, pour ainsi dire, l'objet de leur étude, paysage ou portrait : leur image mentale extériorisée leur apparaît aussi nette que la réalité.

A propos des hallucinations lilliputiennes, je ferai remarquer d'abord qu'elles ne sont pas toujours gaies ni toujours d'origine toxique. J'en ai observé un cas, il y a longtemps, pendant mon internat : il s'agissait d'un délirant chronique qui, travaillant à l'atelier de menuiserie, se plaignait souvent d'être ennuyé par de petits bonshommes qui se tenaient dans le pot à colle ; ce n'était pas un alcoolique.

M. DUPOUX. — On constate assez souvent des hallucinations gigantesques chez les opiomanes. Quant à l'imagination objectivante, on peut la trouver dans les représentations mentales extrêmement vives de certains calculateurs : ils voient, les yeux fermés, les chiffres écrits sur un tableau noir ; c'est une représentation mentale volontairement objectivée. De même, il paraît certain que des joueurs d'échec voient l'échiquier devant eux.

M. LEROY. — M. Vallon nous dit qu'il a observé des hallucinations lilliputiennes de coloration noire avec état affectif pénible. J'ai maintes fois dit qu'à côté du syndrome typique, on rencontrait parfois un syndrome atypique (vision noire désagréable) et ai cité à ce propos le cas de Macario, dont le malade, alcoolique chronique, parlait de petits diables cornus et malfaisants. J'ai même ajouté que les hallucinations lilliputiennes colorées s'accompagnaient d'un état affectif agréable, à l'encontre des visions minuscules noires, l'état affectif et l'hallucination ayant toujours le même caractère.

Notre collègue objecte également qu'un délirant chronique non intoxiqué présentait de tels troubles psychosensoriels. Mais est-il exact que le malade n'était pas

un auto-intoxiqué ? A-t-on recherché l'état de son foie et de ses reins ? Avant de faire ici-même ses communications sur les hallucinations lilliputiennes au cours de la démence (séance d'octobre 1921), M. Prince m'écrivait que son malade alcoolique chronique, interné depuis 23 ans, devait être désintoxiqué depuis des années. Je lui ai répondu : « Cherchez l'insuffisance hépatique ou rénale » et M. Prince a trouvé une insuffisance hépatique indéniable et permanente, se manifestant par une glycosurie alimentaire très nette et par une production insuffisante d'urée.

M. REVAULT D'ALLONNES. — La communication que nous venons d'entendre soulève sur plus d'un point les voiles opaques dont reste enveloppé le problème de la perception, problème ardu, *caput mortuum* de notre psychologie normale et pathologique.

Pour ce qui est de l'objectivation des hallucinations, cette question, toujours pendante, ne saurait être résolue sans la connaissance de l'objectivation des perceptions vraies.

Il importe de remarquer que l'objectivation hallucinatoire, même dans les plus beaux cas d'hallucination, n'atteint guère la plénitude de l'objectivation perceptive ordinaire. Il y a toute une gamme de degrés dans l'objectivation des hallucinations, et la plupart des hallucinations ne sont objectivées qu'imparfaitement. Mais il ne s'ensuit point que les hallucinations mal objectivées puissent être assimilées, par le malade ni par le psychologue, aux images mentales, aux images subjectives. Entre l'image mentale la plus énergique et l'hallucination la moins parfaitement objectivée, il semble exister une différence irréductible, une différence de nature, un *quid proprium* grâce auquel la plus imparfaite hallucination est hors de l'ordre subjectif, fait partie, quoique indûment, de l'ordre objectif.

Or, quelque chose d'analogue doit être reconnu et étudié dans l'objectivation des perceptions vraies. Elle aussi, l'objectivation des perceptions vraies, présente une gamme de degrés divers. Les plus faiblement objectivées parmi les perceptions vraies se distinguent, elles aussi, par un *quid proprium* irréductible, des

images mentales subjectives. Voici, par exemple, un crayon placé verticalement à 30 cm. devant mes yeux. Si je le regarde directement, les deux images monoculaires fusionnent, et j'ai une perception stéréoscopique complètement objectivée du crayon. Mais si, laissant ce crayon dans la même position, je fixe mon regard sur quelque objet plus distant, sur l'urne qui est au coin du bureau, alors la fusion stéréoscopique n'a plus lieu pour les images monoculaires du crayon : pendant que je stéréoscope l'urne lointaine, le crayon proche cesse d'être stéréoscopé. Je perçois alors deux images monoculaires du crayon, et qui sont deux images transparentes, instables, dansantes. Pour peu que je modifie mes points de mire, ces deux images s'écartent, se rapprochent, tendent à se joindre. Ni l'une ni l'autre ne possède la pleine et fixe objectivation de la perception stéréoscopée. Elles sont incomplètement objectivées, incomplètement localisées, incomplètement matérialisées. Et cependant elles ne risquent aucunement d'être prises pour subjectives. Elles ne constituent point un intermédiaire, une zone frontière entre l'objectif et le subjectif, elles sont tout à fait de l'ordre objectif, c'est dans l'ordre objectif, qui est non douteusement le leur, qu'elles occupent un bas degré.

Irréductibilité des perceptions (vraies ou hallucinatoires) aux images mentales subjectives ; existence de degrés multiples et variables de l'objectivation : voilà deux points communs à la perception vraie et à l'hallucination.

D'autre part, voici une petite observation personnelle sur le conflit entre l'échelle enfantine et l'échelle adulte des grandeurs, conflit qui vient d'être ingénieusement invoqué pour expliquer les hallucinations gigantesques et microscopiques. Je me rappelle m'être trouvé dans un vaste local obscur ; derrière une haute barrière gronde un animal monstrueux. Un bon géant me soulève et me fait voir le premier pourceau que j'aie vu, par-dessus une cloison de 1 mètre. De cette scène j'ai gardé ma vision de cinq ans, avec l'échelle, avec les angles de mire correspondant à la taille que j'avais alors.

M. VALLON. — Les phénomènes de diplopie dont vient de parler M. Revault d'Allones ne sont pas des hallucinations.

M. TRUELLE. — Je voudrais faire seulement une courte remarque sur ce que dit M. Leroy du rapport entre la coloration des hallucinations lilliputiennes et l'état affectif de l'halluciné. Les hallucinations vivement colorées entraînent, dit-il, un état affectif gai ; celles qui sont noires ou sombres entraînent un état affectif triste ou pénible. Il me semble qu'il faudrait inverser la formule : à la base de l'hallucination comme à celle du rêve est l'état affectif (organo-affectif) qui oriente l'idéation et l'imagination objectivante. Il y a donc, je crois, une marche des processus inverse de ce qui se passe dans la perception. Si les hallucinations lilliputiennes sont vivement colorées et d'aspect agréable, c'est que l'individu était primitivement dans une situation agréable et inversement. La forme de l'hallucination n'est le plus souvent que la manifestation de l'état affectif sous-jacent.

M. LEROY. — La remarque de M. Truelle soulève un problème auquel il semble bien difficile de répondre. Un fait intéressant à noter est celui sur lequel j'ai insisté, où l'on voit un intoxiqué, un alcoolique par exemple, présenter à peu d'intervalles de temps des hallucinations lilliputiennes colorées, agréables et des visions terrifiantes banales, comme chez le malade que nous avons montré, M. de Fursac et moi, à la Société de psychiatrie.

M. MIGNARD. — Je ne pense pas qu'il faille assimiler la nature et les causes psychologiques des hallucinations avec leur conditionnement physiologique. Non seulement la réflexion philosophique, mais aussi l'expérience psychiatrique ne me semblent pas s'accorder avec ce point de vue. Nous disposons de deux ordres d'investigation qui nous montrent deux systèmes de phénomènes en étroite corrélation fonctionnelle, sans doute, mais qui paraissent d'autant plus qualitativement différents que l'on approfondit davantage leur étude. Les théories de l'hallucination qui s'en

sont tenues à l'un ou à l'autre de ces deux systèmes se sont révélées insuffisantes.

Quelques réflexions sur la morphinomanie

Par M. Roger DUPOUY

L'ouverture prochaine du service libre de M. Toulouse et, dans le dispensaire qui lui sera annexé, d'un « rayon » de toxicomanes m'incite à vous présenter quelques réflexions sur les morphinomanes, lesquels constituent encore aujourd'hui le fonds le plus important des toxicomanes parisiens.

La cause occasionnelle, de beaucoup la plus fréquente, de la morphinomanie est, nous devons le reconnaître, *la prescription thérapeutique de morphine*. Un malade souffre-t-il de coliques appendiculaires, hépatiques, néphrétiques, utérines, d'une poussée de douleurs rhumatoïdes, d'une algie quelconque, d'une crise d'asthme, de phénomènes d'angoisse..., un opéré se plaint-il de ces sensations pénibles qui suivent presque toujours une intervention chirurgicale et entraînent une insomnie passagère, le réflexe thérapeutique se déclanche aussitôt... une injection de morphine. Le lendemain, on recommence et le malade, sentant son mal se réveiller quand l'action de la morphine est épuisée, continue de lui-même : le voilà morphinique, en passe de devenir morphinomane. La raison thérapeutique disparue, en effet, il continuera encore à se piquer parce que la suppression de la morphine lui semblera trop pénible, l'habitude une fois créée. Avec l'accoutumance enfin, il se sentira obligé d'augmenter progressivement les doses. Désormais il ne pourra plus guère se libérer seul.

En définitive, c'est, jointe à la prescription dangereuse de l'injection de morphine, la répugnance du sujet à supporter la douleur qui crée, dans la plupart des cas, la morphinomanie.

Cette faiblesse de la résistance à la douleur, cette « algophobie » fait partie de la constitution mentale

un peu particulière, franchement anormale même dans nombre de cas, des véritables morphinomanes. Cette constitution (dépression et psychasthénie congénitale, cyclothymie, déséquilibre-né de l'affectivité et de l'émotivité...) est bien connue et nous n'y insisterons pas. Mais la morphinisation thérapeutique est bien plus coupable, car sans elle la plupart de ces candidats ne verseraient pas dans la toxicomanie.

Le rôle prépondérant de la prescription initiale se retrouve dans la grande majorité de nos observations (1). Il explique le pourcentage imposant des médecins, des étudiants, de leurs femmes ou de leurs maîtresses dans la statistique générale des cas de morphinomanie. Il tient enfin, malgré les nombreux ouvrages documentés parus depuis plus de 30 ans sur cette question (Pichon, Chambard, Guimbail, Rodet, Jennings...) à ce que le danger de l'accoutumance à la morphine, donnée en injections hypodermiques, est insuffisamment reconnu de nos confrères comme du public.

Sans doute, il existe d'autres raisons que le désir d'apaiser une souffrance physique ou morale pour goûter à la morphine : la contagion due au prosélytisme (surtout féminin), la curiosité diversement éveillée du déséquilibré, en sont deux autres, susceptibles au surplus de se combiner entre elles ou avec la première. Voici, à titre d'exemples, 3 observations où la cause de la toxicomanie est différemment exposée.

Auto-observation de Mme X. — « A l'âge de 17 ans, en visite chez des amis, fatiguée par mes études, j'eus quelques accès d'asthme pour lesquels cet ami, ancien médecin de marine, me fit tous les soirs pendant un mois une injection de morphine. Rentrée à Paris, mon médecin traitant remplaça la morphine par de la dionine et au bout d'un mois je me passai aisément de la piqûre. Mais je connaissais la morphine, j'avais désappris à souffrir et je dois avouer que

(1) Je rappellerai à ce sujet l'observation présentée à la Société de Psychiatrie en nov. 1912 d'une famille de 4 personnes (père, mère et les 2 enfants) morphinisés à titre thérapeutique et devenues toutes quatre morphinomanes avec deux morts consécutives.

depuis ce temps-là je n'ai pour ainsi dire jamais eu le courage de supporter une douleur physique. Chaque fois que j'ai eu un accès d'asthme, j'ai eu recours à la drogue. C'était même devenu une obsession, n'osant faire un déplacement sans emporter seringue et ampoules.

« 1905. Mariage. Grossesse très normale, quelques accès d'asthme, accompagnés bien entendu de piqûres. Accouchement entre 6 1/2 et 7 mois sans fortes douleurs et très rapidement d'une fille actuellement bien portante. C'est quelques mois après la naissance de ma fille aînée que je commence à me faire des piqûres de plus en plus fréquentes et sans besoin réel, matin et soir. Pendant ma deuxième grossesse, je continue les piqûres et cela d'autant plus que je ne sentais remuer l'enfant que sous l'action de la morphine, les mouvements étaient alors vifs et fréquents, diminuant d'intensité pour disparaître complètement 2 ou 3 heures avant la nouvelle piqûre. De suite après l'accouchement, j'augmente assez rapidement les doses pour arriver à 8 centigrammes. J'en parle au Dr N. qui, après m'avoir demandé mes ampoules et ma seringue, m'arrête brusquement toute piqûre. Une garde à demeure. Dire ce que j'ai souffert m'est certainement impossible ; c'est le souvenir le plus atroce qui soit. L'état de besoin ne tarde pas à se faire sentir ; j'éprouve des douleurs dans tous les membres, tiraillements, bâillements, etc., etc. Mouvements involontaires. Idées de suicide. Me tape la tête contre les murs. Impression d'une ventouse à la nuque vidant la cervelle. Température. Hallucinations. Je me voyais entourée de personnages imaginaires ; entre autres le pape, paraît-il, venait dans mon lit ; j'obligeais ma garde à faire mon lit à chaque instant pour renvoyer ces fantômes. Cet état durait 2 ou 3 heures et s'est renouvelé plusieurs fois (je ne me souviens de rien de tout cela, ces faits m'ont été racontés par ma garde après ma guérison). Vomissements. Syncopes. Sensations d'étouffement. Quatre jours ainsi sans prendre aucune nourriture et sans repos. Enfin vers le cinquième jour quelques instants de calme coupés de nouvelles crises de moins en moins fortes, de plus en plus espacées, me laissant calme, sans besoin, mais très déprimée physiquement et moralement. Je ne me rétablis complètement que 5 ou 6 mois après. Les forces ne reviennent que lentement. Enfin rétablie, je reprends mes études et je m'aperçois que j'avais complètement perdu la mémoire ; il m'a fallu revoir tout mon programme.

« 5 ans après, 1912, je recommençais à me faire des piqûres de morphine après un voyage à Arras où, prise subitement d'un accès d'asthme assez violent, un docteur me

fait une piqûre de morphine et me remet pour finir le voyage une boîte d'ampoules et une seringue. Rentrée à Paris, je continue à me piquer matin et soir. Fin 1912, j'entre à Sainte-Anne, clinique du Prof. Ballet. Cure dégressive, 3 piqûres par jour. Pas de besoin, pas de défaillances ; quelques sueurs nocturnes très nauséabondes. J'y reste un mois à peu près. 15 jours après mon entrée, suppression des piqûres. Je sors. Mon père me raccompagne chez moi, me laisse seule. Un quart d'heure après, je m'étais fait une piqûre. Pourquoi ? Il me serait bien impossible de donner une raison plausible. Curiosité malsaine, je ne crois pas. Besoin irréflechi ?

« Juin 1913, j'entre chez le D^r P. Cure rapide, garantie sans souffrance et assurant l'impossibilité de recommencer. Le soir de l'arrivée, on me fait une piqûre ; puis 2 heures après et alors pendant 4 jours, toutes les 2 heures, on me donne des capsules à prendre, 2 chaque fois. Vers la fin de la nuit, je commence à avoir des selles toutes les demi-heures à peu près ; c'est un véritable nettoyage par le vide. Grande faiblesse ; inconscience par anéantissement. A partir de la première journée, et alors toutes les 3 heures, l'infirmier me prend, car je ne pourrais même pas me lever, on me descend à la salle d'hydrothérapie ; bain de lumière 15 à 20 minutes, bain très chaud 1/2 heure, douche froide. Le traitement dure 4 à 6 jours ; le mien a duré 4 jours et 5 nuits. La cinquième journée, purge d'huile de ricin ; on me laisse reposer 24 heures, puis les 10 autres jours bain de lumière matin et soir, toujours suivi d'un bain très chaud et d'une douche froide. Grande faiblesse, même le jour de ma sortie, 20 jours après mon entrée. Je pars de suite au Mont-Dore, y reste 2 mois, voyage un mois, retourne au Mont-Dore encore un mois, le tout sans besoin ni mauvaise pensée. Retour chez moi. Moins de 15 jours après, à la suite d'un léger étouffement (prétexte) j'avais recommencé.

« Août 1914. Luchon. Je soigne les blessés. La fatigue aidant, je monte vite à 0,50. Etat stationnaire pendant 3 ans avec des hauts et des bas. Février 1918, je monte assez vite de 0,75 à 1 gramme et depuis janvier 1919 je reste stationnaire, jamais moins, mais parfois davantage. C'est vers cette époque que je prends l'habitude de m'injecter de la caféine de 0,50 à 0,75 les fois où ayant pris tellement de morphine j'étouffais et sentais parfaitement que je ne pouvais même plus tenir les yeux ouverts. C'est, du reste, à partir de janvier 1919 que je me rendis compte que toutes mes facultés baissaient. Absence complète de volonté. Seul

mon travail m'intéressait. Perte totale de mémoire et surtout une insouciance complète aussi bien physique que morale. Je ne vis plus, je rêve. Malgré tout, par un reste de conscience, je désirais me faire soigner, y songeant tous les jours, me disant à chaque piqûre : la prochaine je diminue ; mais je remettais de jour en jour. Enfin, par un dernier essor de mon énergie en déroute, je me décide et entre le 6 janvier 1920 en maison de santé. Depuis fort longtemps déjà, j'avais pris l'habitude de ne me faire que 4 à 5 piqûres par jour et depuis 2 ans je m'injectais chaque fois de 0,25 à 0,35.

« Cure dégressive..... Je vois supprimer les piqûres avec joie, la dernière surtout, et Dieu seul sait depuis combien de temps il n'y a plus de drogue dedans. Renaissance à la vie. Je recommence à penser. Il me semble qu'il y a longtemps que cela ne m'était arrivé. Je reprends une tête potable. Réapparition des règles disparues depuis 8 à 9 ans.

« En résumé, de mes 4 cures successives, celles qui me laissent un bon souvenir sont les deux cures dégressives, celle de Sainte-Anne qui a donné un résultat négatif et cette dernière qui me semble vouloir donner un meilleur résultat. Peut-être est-ce une idée, il me semble que mon moral est moins mauvais. La première cure fut terrible et j'en avais gardé un tel souvenir que je préférais rester morphinomane que de recommencer. Or le docteur avait prétendu que le souvenir des souffrances passées m'empêcherait de recommencer !!! Celle du Dr P. doit aussi être une cure dangereuse ; dans tous les cas, il faut certainement du courage pour la supporter et la convalescence est très longue. Maintenant ce qui a toujours été néfaste pour moi, ce fut le retour dans les lieux où j'avais l'habitude de me piquer. Ensuite, j'ai toujours pu me procurer de la drogue très facilement, soit chez les droguistes en donnant une ordonnance, soit chez certains médecins dont la spécialité est de donner des ordonnances aux morphinomanes. On trouve généralement l'adresse de ces médecins chez certains pharmaciens également connus pour leur complaisance... »

Auto-observation de Mme Y. — « Comment je suis devenue toxicomane. — A la suite d'ennuis moraux et de douleurs physiques excessifs et trop prolongés, mais attirée dans le piège par une amie qui souhaitait me voir perdre quelques-uns des avantages plastiques que j'avais conservés alors qu'elle avait pâti déjà de sa morphinomanie. Cette femme, qui m'était absolument antipathique, recherchait toutes les occasions de faire ma connaissance avec une obstination égale à celle que je mettais à la fuir. Un jour,

elle se décida à m'aborder sans que personne se trouvât présent pour nous présenter l'une à l'autre. — D'ailleurs, l'on n'était pas respectivement sans savoir qui l'on était, et puis... entre artistes, n'est-ce pas..., etc. Elle se prétendit à la veille d'un départ et que seule je pourrais lui rendre un service... Tout ceci n'avait pour but que de m'attirer. On n'y réussit que trop bien : l'endroit était aimable, on n'y causait pas trop sottement entre camarades peintres et gens de lettres autour de quelques tasses de thé. La guerre alors ayant essaimé mes propres familiers, je me trouvais quelque peu esseulée et cela me rendait moins réservée dans mes fréquentations et surtout moins discrète en mes relations avec celles-ci. Je devins donc rapidement une habituée de la maison où je revins presque quotidiennement...

« Mes premières piqûres. — Je viens de dire que j'étais maintenant presque de la maison. Or, c'était une maison où les drogues régnaient en souveraines. La dame du logis, fumeuse qui ne pouvait plus se procurer la divine toufiane, avait remplacé celle-ci par la morphine. Tout le monde autour d'elle avait peu ou prou subi la contagion. Son mari le lieutenant, lorsqu'il venait en permission, parlait sans cesse de lui confisquer sa seringue, mais... s'en servait pour son propre compte, moins qu'elle à la vérité que l'on voyait presque constamment saisir sans aucune précaution sa Pravaz toute chargée sur la table et relever discrètement sa jupe ; mais enfin il *en* usait, comme la petite malade, comme le fiancé d'ycelle, comme d'autres intimes. Un jour de chagrin, où elle me voyait très déprimée, elle m'offrit de dissiper ma peine... Comment aurais-je refusé ? En effet, quelques instants après, non seulement ma peine s'était comme évaporée, mais la plus délicieuse griserie lui avait succédé : tout s'arrangerait, le monde était si beau, les gens si bons, et moi, moi, je souhaitais le bonheur universel. »

Auto-observation de M. Z. — « Comment je suis devenu morphinomane. Parce que, étant déjà opiomane, j'ai été amené pour diverses raisons (surmenage, chagrins, souci sexuel) à augmenter tellement les doses que l'ingestion stomacale devenait très difficile, et d'autre part l'opium fumable étant très difficile à trouver sans ennuis policiers (tout opium fumable étant de contrebande) et d'ailleurs très coûteux, la seringue de Pravaz était tout indiquée. A noter que la transition de l'opium à la morphine s'est faite pour moi presque insensiblement (et traîtreusement) par le moyen d'une certaine spécialité... que l'on pouvait trouver aisément sans ordonnance même après les décrets de 1916 dans beaucoup de pharmacies. Quant à ma toxicomanie, je puis rame-

ner à 3 principaux les facteurs qui l'expliquent : 1° curiosité ; 2° présomption ou orgueil ; 3° fatalité.

1° *Curiosité*. Mon plus ancien souvenir sur ce sujet remonte à l'âge de 12 ans. Dans un livre de voyages et d'aventures (livre de distribution de prix à l'école), je lisais avec une intense curiosité la description d'une fumerie d'opium à Calcutta. Désir intense de faire l'essai. C'est vraiment miracle que je n'aie fait l'expérience qu'à 23 ou 24 ans, bien après le haschisch.

2° *Présomption ou orgueil*. Orgueil en deux sens : a) *présomption*, c'est-à-dire conviction que je pouvais sans danger, moi, goûter aux paradis artificiels. Tout ce que j'avais entendu dire ou lu sur le danger des toxiques (accoutumance et tyrannie) me semblait vrai pour les autres, mais pas pour moi. Je me croyais assez fort pour user de toutes ces choses juste assez pour les connaître et y renoncer ensuite.

b) *ambition intellectuelle*. Ayant entendu dire d'abord, puis expérimenté ensuite, que les excitants cérébraux et surtout le haschisch et l'opium décuplaient la vigueur intellectuelle et la vivacité de l'imagination, j'ambitionnai d'obtenir par ce moyen des résultats auxquels je n'eusse pas atteint sans cela. Sans doute, il y a bien l'objection instinctive : et la dépression consécutive à l'excitation ? Mais d'abord la dépression consécutive n'empêche pas les résultats obtenus pendant l'excitation d'être ce qu'ils sont, surtout si on a l'énergie de noter sur le vif et pendant l'excitation même les idées et imaginations que l'on conçoit, ce à quoi j'arrivai vite. Et puis, on arrive vite, la présomption aidant, à douter de la dépression consécutive : ou bien si on la constate, une nouvelle dose de chanvre ou d'opium nous remet en état d'excitation et de surélévation.

3° *Fatalité* : a) *Migraines*. Pour l'opium surtout les migraines furent pour moi ce que furent les douleurs d'estomac pour Quincey : une terrible occasion qu'il m'eût fallu une énergie de fer pour éviter.

b) *Chagrins sentimentaux*. Les doses massives d'opium auxquelles je me laissai aller viennent en bonne partie de là. Je prenais déjà de l'opium depuis longtemps et du haschisch, mais à partir de ce moment-là je cessai toute mesure. Et j'en vins vite à boire le laudanum par 3 ou 4 cuillerées à café, puis par petits verres, sans parler du haschisch auquel je revins plus que jamais et par une singulière fatalité.

c) *L'ordonnance du Dr X*. J'allai voir un jour pour mes migraines un médecin (très sérieux d'ailleurs et très compé-

tent). Il diagnostiqua très bien mon hypotension artérielle et m'interrogea sur mes antécédents. Je ne lui cachai rien. Mais quelle ne fut pas ma surprise en lisant son ordonnance, très minutieusement établie, de trouver après les douches chaudes le matin et les ampoules d'adrénaline, l'ordre de prendre tous les soirs en me couchant une pilule de chanvre indien à 2 centigrammes et demi. Je ne prenais plus (ou presque plus) de haschisch à ce moment-là, surtout à cause de la difficulté de m'en procurer. Muni de cette ordonnance, facilement renouvelable, j'en eus à volonté, et je me remis de plus belle au chanvre indien sans diminuer pour cela le laudanum. Au contraire : chez moi, le haschisch appelle l'opium comme une brûlure appelle une huile calmante (de même l'excitation alcoolique rend plus aigu chez moi le besoin de morphine comme antidote). D'ailleurs, le manuel de Dujardin-Beaumetz met l'opium au nombre des remèdes de l'empoisonnement par le haschisch. »

J'ai l'habitude, dans le questionnaire que je pose à chaque toxicomane, de demander les avantages et les inconvénients ressentis. Nous avons vu déjà la réponse de Mme X. Voyons ce que nous disent Mme Y. et M. Z.

Observation Y. — « Les avantages. Les premiers temps c'est la lune de miel avec la drogue dont quelques gouttes sous la peau vous transportent en plein ciel : le monde est beau, les gens excellents, soi-même on n'est qu'altruisme ; puis vient la période de « raison » (comme en amour) ; cela procure encore du bien-être, mais plus d'exaltation, ensuite cela endort ou atténue les maux et enfin cela devient un besoin, une manie, une satisfaction négative si je puis dire : on souffre si l'on en manque ; si l'on en a on n'est que... normal, peut-être plus patient, moins tributaire des objectivités. Mais comme dans n'importe quelle passion, tout devient fonction de cette passion.

« Effet sur ma moralité. Aucun. Si, à la vérité, j'ai commis quelques mensonges véniels qui se rapportaient tous à la morphine. Pour le reste, je suis demeuré ce que j'étais auparavant ; je crois que la drogue exagère simplement les qualités et les défauts de chacun. J'ai pourtant subi la loi générale de l'abolition de la pudeur, presque obligée : un camarade se pique au ventre devant une amie qui, elle, se pique, lui présent, à la cuisse. Et puis il faut bien porter ses abcès à ouvrir à des docteurs... Cette absence de pudeur

demeure au surplus sans dangers, car l'usage prolongé de la morphine comme de l'héroïne abat les sens.

« Ravitaillement. Difficile. Obligation de trouver un docteur qui veuille bien se charger d'une « cure de désintoxication » libre. Une fois le traitement entrepris, obligation de revenir à courts intervalles réguliers faire renouveler les ordonnances qui, à chaque visite, portent une diminution de la dose prescrite précédemment. Puis véritable course au pharmacien qui sera disposé à exécuter ce genre de... commande. Mais si aboulisque que soit le toxicomane, il est rare qu'il se laisse décourager et, employant ce qui lui reste d'énergie, revienne sans sa petite provision ».

Observation Z. — « Quelles joies ou satisfactions j'ai retirées de mon habitude. Beaucoup du chanvre indien, assez peu de l'opium et presque pas de la morphine, sauf négativement en ce sens que vers la fin surtout j'en venais à prendre de la morphine soit pour chasser mes migraines et névralgies, soit pour travailler (comme autrefois je prenais du café fort), soit enfin (et le plus souvent) pour... ne pas souffrir du manque de morphine. Mais je n'y éprouvais pour ainsi dire aucun plaisir en dehors de l'activité intellectuelle que cela me redonnait momentanément. Du moins je n'éprouvais l'euphorie morphinique que quand par accident j'avais souffert un certain temps du manque de morphine exactement comme le plaisir de manger lorsqu'on a manqué un ou deux repas, ce qui est encore un plaisir négatif puisque payé d'avance par la douleur de la privation. De plus, le peu de plaisir que pouvait me procurer parfois la morphine était largement compensé, je veux dire gâté par les remords de conscience, le dégoût de moi-même, de la souffrance morale de cet esclavage, sans parler du point de vue physique.

« Quelles souffrances, quels malaises j'ai éprouvés. Physiquement assez peu, sauf naturellement les abcès et à certaines périodes une faiblesse générale qui durait quelques jours. Au point de vue intellectuel : d'abord des cauchemars affreux (scènes macabres et fantastiques) pendant les nuits consécutives à des excès de morphine et surtout d'héroïne ; mais la cocaïne est encore pire. Jamais d'hallucinations. D'autre part, au point de vue intellectuel, une diminution générale de l'activité. Je souligne générale, car sans doute la morphine ou l'opium par le coup de fouet qu'ils donnent peuvent surélever momentanément l'énergie psychique, mais ces tours de force momentanés sont des emprunts qu'il faut rembourser dans la suite avec les intérêts. D'où une diminution lente mais générale de l'activité et surtout de l'apti-

tude à *réaliser* les conceptions de l'esprit. L'inspiration poétique, littéraire ou philosophique est comme refroidie, gelée. Les idées ne manquent pas, mais elles restent à l'état d'ébauches et de projets. Elles ne donnent plus au cerveau cette sorte de griserie et d'enthousiasme qui rend l'*exécution* artistique (c'est-à-dire la génération ou l'enfantement) toute naturelle et instinctive. Entre la théorie et la pratique, le fossé se creuse de plus en plus. Répugnance de plus en plus grande à l'action et au mouvement.

« Effet sur la moralité. Diminution lente et presque imperceptible (sauf à distance) de la sensibilité morale surtout en tout ce qui touche, même indirectement, la question « morphine » et ses annexes. Indifférence progressive au bien et au mal. Tendance au mensonge.

« Rêves. Oui et surtout à la suite de doses excessives ; rêves macabres surtout avec l'héroïne, avec réveils brusques accompagnés de sensations d'étouffements commencées dans le cauchemar et continuées quelques instants après le réveil. Les cauchemars consécutifs aux excès d'opium furent moins macabres, mais aussi moins définissables. Quant aux *cauchemars* cocaïniques : putréfaction pure. »

Sur la question du traitement, j'ai de grandes chances de me trouver en contradiction avec certains de nos collègues. Je connais l'ardeur avec laquelle M. Briand notamment défend la méthode de la suppression brusque, cure contre laquelle s'élèvent avec non moins d'ardeur beaucoup de ceux qui y sont passés... J'ai à ce sujet de nombreux témoignages d'anciens « démorphinisés » du Val-de-Grâce ou d'ailleurs qui n'ont rien eu de plus pressé, au lendemain de leur sortie, que de reprendre de la morphine « pour se venger de ce qu'ils avaient souffert ».

Je ne crois pas que les souffrances indéniables éprouvées au cours de la suppression brusque servent en quoi que ce soit à empêcher une récurrence. Bien au contraire. Et leur cruel souvenir portera le « retombé » à refuser une nouvelle cure, à demeurer morphinomane toute sa vie, de ce fait forcément écourtée, ou même à se résoudre au suicide pour échapper, sans nouveau traitement, à des souffrances devenues intolérables. Il ne faut pas oublier, en effet, que le morphinomane constitutionnel est un phobique de la douleur

qu'il cherchera à fuir par tous les moyens. Le suicide de morphinomanes au cours d'une cure pénible n'est pas exceptionnel ; j'en connais des exemples.

D'autre part, si la cure brusquée est possible en service fermé, je la crois difficile à réaliser dans un service ouvert, le malade ayant toujours en ce cas le droit d'interrompre un traitement et de quitter l'établissement : il ne se fera point faute de récriminer, de hurler, de frapper et d'exiger... s'il sait que nous n'avons pas le droit de le maintenir malgré lui en traitement et, au besoin, de le mailloter ou de l'encelluler.

Enfin, à ne juger les méthodes de démorphinisation qu'au point de vue strictement médical, je donnerai encore la préférence et sans la moindre hésitation à la méthode lente. Les souffrances minimales, comparées à celles éprouvées dans la cure dite de Levinstein, permettent une convalescence rapide, en même temps qu'elles assurent au médecin la confiance absolue de son malade. Celui-ci, sachant trouver chez lui toute l'indulgence et toute la mansuétude dont a besoin son horreur de la souffrance, n'hésitera pas à l'aller trouver et à lui demander son appui en cas, ou seulement en *imminence* de rechûte. Or, pour nous, c'est là véritablement faire œuvre de prophylaxie : nous ne devons pas laisser échapper notre influence, en pareille circonstance si utile au malade. « La diminution discontinue, nous déclare un de nos malades, réduit au minimum la quantité d'efforts et de souffrances. Seulement elle est plus longue ; mais plus sûre. Or tout est là. Mieux vaut une bonne cure qui réussit, même si elle dure un peu, que plusieurs cures qui avortent. » J'ajouterai : la véritable cure des toxicomanies est une *cure psychothérapique*.

Les méthodes de démorphinisation rapides, même moins écourtées que celle d'Erlenmeyer, provoquent déjà, chez certains sujets âgés ou dont le foie ou bien le rein sont quelque peu insuffisants, des accidents de confusion mentale avec onirisme délirant et hallucinatoire (qu'on n'observe guère en dehors des périodes d'abstention brusque ou de réduction rapide), diarrhée profuse, douleurs névritiques extrêmement aiguës des

membres inférieurs. J'en ai observé un certain nombre. Mais que dire de la suppression brusque effectuée avec ou sans adjonction d'une médication hyperpurgative (drastiques, turbith, jalap) ou sédative substitutive (belladone, xanthoxylum, jusquiame, chanvre indien...). Le spectacle lamentable de la souffrance des patients devrait à lui seul nous interdire de le provoquer à nouveau. Mais il y a plus : la convalescence d'un sujet si violemment ébranlé dans son système nerveux et dans ses émonctoires est bien plus longue et plus délicate que celle des intoxiqués dont la cure a été conduite sans heurt violent et sans crise aiguë ; elle exige parfois plusieurs mois.

Chez les priseurs de cocaïne, au contraire, nous sommes obligé d'employer à un moment la suppression brusque, ne pouvant user ni de substitutions ni de réductions pratiquées, comme pour les dilutions, à l'insu du malade. Et c'est une des raisons, le milieu spécial où ils se recrutent mis à part, pour lesquelles nous regardons les « priseurs de coco », ainsi d'ailleurs que les buveurs d'éther, comme les toxicomanes les plus difficiles à traiter en maison libre.

En résumé, nous considérons :

1° que dans la morphinomanie l'élément occasionnel primordial est la trop grande facilité avec laquelle l'injection de morphine est pratiquée ou conseillée dans un but thérapeutique ; cette pratique résultant de la méconnaissance du danger spécial qu'elle fait courir aux candidats possibles à la toxicomanie, il y a lieu d'attirer encore davantage sur lui l'attention de tout le corps médical ;

2° que la méthode de la cure lente, quelle que soit la variété employée, est préférable, surtout dans un service ouvert, à celle de la suppression brusque.

M. SOLLIER. — Je ne saurais trop appuyer les réflexions de M. Dupouy concernant l'origine thérapeutique et médicale de la morphinomanie.

Je suis également tout à fait d'accord avec lui pour réprouver depuis longtemps la méthode de sevrage

brusque, comme dangereuse et inutilement barbare. Je crois pouvoir affirmer que tout morphinomane qui, sevré brusquement, n'éprouve pas de troubles sérieux, se procure clandestinement de la morphine ou de l'opium sous une forme quelconque. Mais je crois que la méthode lente, où les réactions sont extrêmement atténuées, presque nulles, n'amène pas la perte du besoin qu'entraîne la désintoxication rapide, c'est-à-dire aussi rapide que possible, en se basant sur l'état de l'organisme de chaque malade, d'où le nom de méthode physiologique que je lui ai donné, et où la question du temps nécessaire pour amener au zéro la dose de toxique est secondaire.

Ce qui importe, ce n'est pas de sevrer un malade, c'est de le désintoxiquer. Or, cette désintoxication qui doit se faire dès la période de diminution et se poursuit après le sevrage obéit à un déterminisme analogue à celui des maladies infectieuses. La durée de la convalescence est beaucoup plus longue que l'on imagine. L'étude des sécrétions, celle du sang surtout, que je poursuis encore actuellement, montrent que l'organisme ne reprend son état presque normal qu'au bout de 40 à 50 jours après le sevrage. Et au cours de cette convalescence, il se produit des décharges éliminatoires qui s'accompagnent de sentiment de faiblesse et souvent de réveil du besoin, qui sont pour le malade des occasions de retomber si on l'abandonne trop tôt à lui-même, en se basant sur son excellent état général physique et même moral. Car cet état est trompeur : il faut bien savoir que les désintoxiqués sont pendant des mois avant de retrouver leur équilibre normal, complet, et que pendant ce temps ils sont très fatigables. Là est le danger.

Il faut reconnaître aussi qu'il y a des sujets prédestinés à la toxicomanie et qui ne guérissent jamais, qui récidivent continuellement : pusillanimes devant la moindre douleur, qu'ils veulent faire disparaître à tout prix et immédiatement, faibles de volonté, et présomptueux de leur soi-disant force morale, et cependant conscients des inconvénients de leur toxicomanie, ils n'hésitent pas à se soigner à maintes reprises,

pour recommencer à la première occasion. Avec ces malades-là, aucune méthode n'est préférable et ne donne de meilleurs résultats au point de vue de la solidité de la guérison.

J'insisterai, en terminant, sur la déplorable habitude qu'on a aujourd'hui de combiner les intoxications : on donne à tort et à travers la morphine, le véronal, le luminal, le sédol, etc. Or, il faut savoir que l'association de ces toxiques est beaucoup plus grave que l'une quelconque de ces intoxications isolées, même à fortes doses, qu'il en résulte particulièrement des états psychiques plus ou moins graves qu'on ne rencontre jamais dans la morphinomanie, et que la cure en est beaucoup plus pénible.

La séance est levée à six heures.

Les Secrétaires des séances,

René CHARPENTIER et J. CAPGRAS.

ANALYSES

JOURNAUX ET REVUES

La famine dans les Asiles et les Cliniques psychiatriques en Russie pendant la guerre et la révolution, par le Dr L. PROZOROFF (*Bulletin du Commissariat du Peuple pour la Santé Publique*, n° 9-10, oct. 1918, p. 8).

L'enquête faite par le Commissariat de l'Intérieur sur l'état des asiles et des cliniques psychiatriques en Russie a démontré que dans 25 institutions il existait 3.000 places inoccupées. Mais ces 25 institutions constituent seulement la moitié du nombre total des institutions qui existent en Russie. On arrive ainsi au chiffre de 6.000 places inoccupées dans les cliniques psychiatriques et dans les asiles. C'est un fait vraiment extraordinaire dans les annales de la psychiatrie russe. Depuis toujours il n'y avait aucun moyen d'hospitaliser tous les malades mentaux dans les asiles. Le nombre des aliénés était un demi-million et le nombre des malades hospitalisés constituait 10 à 12 0/0 de ce nombre total. Les institutions psychiatriques étaient toujours comblées et devenaient toujours plus « des fabriques des chroniques incurables ».

Avant la guerre, le nombre des institutions psychiatriques et le nombre des places pour les malades augmentait chaque année. Ainsi, en 1906, il existait en Russie 133 institutions psychiatriques avec le nombre total de 30.671 lits ; en 1909, 147 avec 36.827 ; en 1912, 170 avec 41.404 lits ; en 1913, 176 avec 43.324 lits. Pendant la guerre le nombre des malades a considérablement augmenté au sein de la population civile, de l'armée et parmi les réfugiés. Cependant le nombre des malades dans les asiles a beaucoup diminué.

L'auteur explique ce fait par l'augmentation considérable de la mortalité parmi les malades. En effet, la mortalité a au moins triplé pendant ces dernières années : avant la guerre, elle était de 8,8-9,6 0/0, actuellement elle est de 30 0/0 pour l'ensemble des malades soignés, de 20 à 70 0/0

pour les nouvelles entrées, de 20 à 60 0/0 pour les malades sortis.

Cette mortalité s'explique surtout par la famine. L'organisme des malades n'est pas suffisamment nourri, ce qui favorise l'éclosion des diverses maladies. Les malades meurent d'un état d'affaiblissement général, de tuberculose, des pneumonies, des maladies du cœur, du scorbut, de la dysenterie, etc. Les épidémies diverses (typhus exanthématique, fièvre typhoïde, fièvre récurrente) trouvent également un terrain propice dans les asiles. On observe fréquemment des formes de gingivite et des œdèmes faméliques.

A l'autopsie, on constate la disparition complète du tissu adipeux, l'atrophie du tube digestif, de la vésicule biliaire. Les catatoniques meurent en grande quantité de tuberculose.

Avant la guerre (en 1908), le nombre des calories que chaque malade recevait était de 2.510, en 1918 ce chiffre est descendu à 1.906. Ainsi, si le nombre normal des calories que chaque malade devrait recevoir est de 3.000, le déficit est de 1.100 calories.

L'auteur constate que malheureusement les malades ne reçoivent pas même la ration qui représente les 1.906 calories. En effet, les pommes de terre manquent, le lait est dans une quantité très insuffisante, le pain est d'une qualité inférieure, 3-4 jours par semaine on n'a pas de viande. Très souvent les malades sont obligés de se contenter d'une demi-livre de pain par jour.

Tout le travail des médecins et des administrateurs des asiles est la lutte perpétuelle pour arriver à se procurer des produits alimentaires. La distribution du dîner et du souper dans les sections des agités présente souvent un tableau analogue à l'alimentation des bêtes fauves dans une ménagerie. Les malades se précipitent sur les infirmiers qui apportent la nourriture, renversent souvent le contenu des écuelles, se battent entre eux.

Le pain est toujours mangé avant le commencement des repas. Les médecins sont obligés de surveiller perpétuellement le personnel pour que la faible ration des malades ne soit encore diminuée. Une influence néfaste sur les malades est exercée encore par le froid qui règne dans les asiles à cause du manque de combustible. La température oscille entre 8 et 10°.

Tel est le tableau de la situation matérielle des asiles russes pendant la guerre et la révolution.

Les troubles psychiques au cours du Typhus exanthématique, par le Dr D.-B. FRANK. *Vratchebnoie Dielo (Action médicale)*, n° 12-20, décembre 1920, pp. 470-477.

Les troubles psychiques et mentaux au cours du typhus exanthématique sont excessivement fréquents.

Dans l'évolution des troubles psychiques, l'auteur distingue l'influence des 2 facteurs.

Le facteur exogène qui résulte de l'infection et qui produit les phénomènes d'excitation en abolissant l'inhibition. En même temps ce facteur diminue la faculté de perception, exagère l'association des idées dans le psychisme confus du malade. On a ainsi le tableau de la confusion mentale qui peut se transformer en délire aigu grave. Le facteur endogène est l'ensemble des tendances affectives et instinctives qui se manifestent sans aucun contrôle. Tel ou tel automatisme ou tendance prend le dessus et se manifeste d'une manière exagérée. Nous observons des états d'agitation maniaque, des formes paranoïaques avec idées de grandeur et de persécution ou des formes hystériques de la modification de la personnalité.

Plus tard aux troubles psychiques s'ajoutent des symptômes qui résultent des lésions organiques du cerveau. On observe des troubles agnostiques, apraxiques, aphasiques et dysarthriques, de l'akinésie et de l'hyperkinésie. Le tableau d'ensemble ressemble souvent à la paralysie générale. L'auteur a observé au front en 1915-17 3.000 cas de typhus exanthématique. Dans 550 cas, l'auteur a observé des délires fébriles. Dans 48 cas (1 1/2 0/0), des troubles physiques graves. Pendant l'épidémie de 1919 dans un ensemble de 700 cas, l'auteur a observé 22 (3 0/0) cas de psychoses graves et 250 cas (36 0/0) atteints de psychoses fébriles. Enfin, pendant l'épidémie de 1920, l'auteur a réuni un ensemble de 1.200 cas dont 770 (47,5 0/0) ont présenté un délire plus ou moins grave et dont 53 (4 1/2) des psychoses graves. On voit ainsi que les dernières épidémies ont présenté une gravité toujours plus grande au point de vue des troubles mentaux. Ceci dépend, d'après l'auteur, de l'affaiblissement organique de la population affamée.

Le délire fébrile a une évolution variable. Tantôt il est identique aux délires fébriles que l'on observe dans les autres maladies infectieuses et qui est sans aucune gravité. Dans l'autre cas, il se transforme en délire aigu et se termine dans 70 0/0 des cas par la mort. Les formes de psychoses qui se développent au cours du typhus exanthématique sont :

1. Des états maniaques-dépressifs ; 2° des états démentiels ; 3. des formes catatoniques-stuporeuses ou agitées ; 4. délire aigu ; 5. formes récidivantes ; 6. état d'excitation épileptiforme.

Lorsque la température tombe les troubles psychiques deviennent chroniques et présentent dans leur ensemble le tableau de psychasthénie, avec état de dépression, idées fixes, affaiblissement de l'attention et de la volonté.

Dans d'autres cas, le typhus exanthématique favorise l'éclosion d'une maladie mentale latente.

L'auteur réfute la conception que les troubles psychiques au cours du typhus exanthématique résultent de l'élévation de la température ou des troubles de la circulation cérébrale. Il admet plutôt comme facteur principal l'influence des toxines spécifiques du typhus exanthématique sur les cellules cérébrales.

D^r A. STAROBINSKY.

Encéphalite épidémique ; forme mentale prolongée, oscillante, rémittente et intermittente, par G. PETIT. *Journ. de psychologie*, n° 7, 1921.

Observation clinique d'un cas en partie publié dans le n° de mai 1921 des *Annales*. Chez une femme héréditairement tarée, évolution, depuis plus de 15 mois, d'une encéphalite caractérisée par une symptomatologie extrêmement diverse et variable : syndromes choréïques, myocloniques, pseudo-parkinsoniens, paralytiques, syndromes anxieux, délirants, oniriques, confusionnels, se sont combinés, associés, succédés. Si les signes de la série organique ont affecté le polymorphisme habituel, signalé dans l'encéphalite, les symptômes psychiques se sont manifestés avec une aussi grande variété, offrant des modalités assez irrégulières, en durée et en intensité, avec des variations brusques, des réveils subits ou des reprises soudaines qui traduisaient des fluctuations de l'état mental aussi irrégulières que celles de l'état organique. Presque constamment, se sont observées des mutations de l'état affectif ou des réactions psycho-motrices d'une rapidité déconcertante, les symptômes mentaux évoluant et se transformant le plus souvent non seulement jour par jour, mais encore heure par heure, parfois même minute par minute.

Si l'évolution des 2 séries de phénomènes, psychiques et organiques, se poursuit selon un rythme semblable, il n'en n'est pas toujours de même. Avec des signes organiques à

peine ébauchés peuvent coïncider les manifestations bruyantes d'un syndrome psychopathique ; parfois ce syndrome apparaît isolément, marquant la période initiale de l'affection.

Cette observation fait partie d'un ensemble d'études entreprises par l'auteur sur ce sujet si intéressant (*Annales* de sept.-octobre 1920, de mai 1921, d'octobre 1921 ; analyse de janvier 1922. *Soc. clinique de médecine mentale*, n° 9, 1921).

P. BEAUSSART.

Syndrome parkinsonien post-encéphalitique ; état mental,
par P. COMBEMALE, VULLIEN, SELOSSE. *Echo médical du Nord*, n° 2, 1922.

Dans une première observation, jeune fille de 17 ans, atteinte en janvier 1920 d'encéphalite épidémique (pyrexie, céphalée, somnolence diurne, agitation nocturne, confusion hallucinatoire, diplopie, myoclonie). Un an après environ, apparition passagère de troubles du caractère et perversions instinctives, pendant quelques semaines, en même temps qu'évolue un syndrome beaucoup plus important de parkinsonisme (raideur et rigidité musculaires prédominantes ; tremblements peu accusés). Actuellement, même syndrome parkinsonien, déséquilibre sympathique (hypersialorrhée, troubles vaso-moteurs), troubles oculo-moteurs. Fait à noter : un frère, à la suite d'une méningite cérébro-spinale, survenue également au début de 1920, a conservé des troubles profonds du caractère (prédisposition héréditaire similaire).

Dans une deuxième observation, évolution à peu près semblable, avec tentative de suicide.

Le parkinsonisme seul crée un état mental particulier, fait de troubles de l'humeur (dépression par préoccupation constante de l'état physique, irritabilité à se voir mal compris de l'entourage) et d'égoïsme et d'égoïsme.

P. BEAUSSART.

PSYCHOLOGIE

Traitement des Psychonévroses par la rééducation du contrôle cérébral, par le D^r Roger VITTOZ (de Lausanne), 3^e édit., 1 v. in-8 de 146 p., 6 fr., J.-B. Baillière, Paris.

Les expériences personnelles de l'auteur lui ont démontré, à l'encontre des opinions admises, que la main, avec un certain entraînement, placée simplement sur le front, pouvait donner des indications assez précises sur le travail cé-

rébral : elle percevrait des vibrations normales ou anormales qui, par leurs variations, permettraient au médecin de suivre les résultats du traitement rééducatif. Pour ce dernier, on fait d'abord toucher, du doigt au malade l'insuffisance de son contrôle cérébral, puis il passe à l'étude des mouvements conscients et volontaires et à des exercices de concentration, sur le signe algébrique de l'infini, par exemple, et de déconcentration, etc.

J. C.

Sur la psychologie de l'ancienne Egypte, par le Pr. Giovanni MARRO (*Actes de l'Académie royale des sciences de Turin*, séance du 4 janvier 1920).

Une des caractéristiques fondamentales du développement physique de l'ancienne race égyptienne est le peu d'accentuation des signes différentiels entre le squelette des enfants, des jeunes gens et celui des adultes ; de même, l'atténuation de tous les caractères sexuels osseux positifs. Il résulte de ceci une sorte d'infantilisme somatique qui trouve sa correspondance dans le caractère d'ingénuité et de puérilité psychique qui caractérise, aussi, cette race. Comme les enfants, les Egyptiens avaient une conception égocentrique du monde : tout ce qui se trouvait en dehors de leurs frontières formait, pour eux, un monde barbare dont ils estimaient n'avoir rien à tirer et dont ils ne tiraient rien. Cette conception égocentrique, ils se l'appliquaient à eux-mêmes, puisque ce qui correspondait chez eux à ce que nous appelons la statuaire se proposait pour but non une jouissance d'art pour la chose belle, mais la reproduction du double.

Le travail du Pr. Marro tire son principal intérêt des observations anthropologiques faites en série sur une centaine de crânes égyptiens réunis au Musée royal des antiquités de Turin.

Lucien LAGRIFFE.

SOCIÉTÉS SAVANTES

Société clinique de médecine mentale

Compte rendu de la séance du 20 Avril 1922

Président : M. le D^r ARNAUD

Disparition, deux mois avant la mort par tuberculose aiguë, de tout symptôme catatonique chez une jeune malade présentée à la Société en décembre 1908 et mars 1910. — M. LEROY fait connaître à la Société comment a fini une petite malade présentée déjà deux fois en 1908 et 1910. Cette jeune fille est restée pendant onze ans dans un état catatonique complet ; c'était un véritable automate, une véritable poupée articulée, sans délire, mais inhibée et engourdie. Elle meurt en 1915 par suite de tuberculose aiguë ; trois semaines avant la mort, la malade n'avait plus aucun phénomène catatonique et était devenue normale, au moins en apparence. M. LEROY rappelle à ce propos une observation publiée en collaboration avec M. LAIGNEL-LAVASTINE à la Société Anatomique. Il s'agissait d'une démente précoce hébéphréno-catatonique redevenue lucide et consciente quatre jours avant le décès par tuberculose pulmonaire.

Les réactions dangereuses chez les aliénés. — M. H. COLIN présente deux malades du Service de l'Admission, à l'Asile Clinique. La première malade est une mélancolique anxieuse qui, à la suite de la visite d'une cartomancienne qui lui avait prédit qu'elle serait veuve trois mois plus tard, a été hantée par l'idée du suicide, personnel d'abord, collectif ensuite.

Sous cette influence, elle a un soir laissé ouvert le robinet du gaz du logement qu'elle occupait avec son mari et son enfant. Le mari est mort, la mère et l'enfant ont pu être sauvés.

M. COLIN rappelle à ce propos qu'au moment de la discussion du projet Strauss sur la réforme de la loi sur les aliénés il s'était élevé contre l'opinion formulée par M. le Professeur Gilbert Ballet qui disait :

« Je répète qu'il me paraît inutile et nuisible d'appliquer des mesures judiciaires à certains malades tels que le mélancolique qui est simplement dangereux pour lui-même. » (*Soc. Médico-Psychologique*, 3 mars 1914. *Annales Médico-psychologiques*, 1914, tome 1, page 343).

D'après M. COLIN, les mélancoliques sont peut-être les plus dangereux des aliénés. Ils ne sauraient être hospitalisés dans des services ouverts. Le cas actuel apporte une nouvelle preuve à l'appui de cette opinion. La malade qu'il présente se trouvait dans un service d'hôpital, on n'a pu l'y conserver parce qu'elle a tenté de s'étrangler avec ses cheveux nattés. Elle porte encore un sillon cervical.

Le deuxième malade est un homme de cinquante ans qui, sans raison aucune, a tenté d'étrangler sa femme, et, la croyant morte, a frappé de deux coups de maillet à la tête son jeune garçon de 15 ans au moment où il rentrait chez lui et où il lui tournait le dos, afin d'accrocher à une patère, sur l'ordre de son père, son chapeau et son pardessus.

Le malade ne présente aucun délire, conserve le souvenir de son acte qu'il regrette et dont il ne peut donner aucune explication. L'épilepsie doit être écartée. Reste la possibilité d'une P. G. au début. Une période récente d'excitation génésique et la constatation d'une inégalité pupillaire sont en faveur de cette hypothèse.

Ici encore, ce malade qui était légèrement déprimé aurait pu être admis dans un service ouvert sans que rien pût faire deviner les actes dangereux dont il était capable.

L'obsession et l'idée d'influence, par André CELLIER (travail du Service de M. le Prof. Claude).

OBSERVATION I. — Dipsomanie périodique et kleptomanie s'accompagnant d'hallucinations psychiques impératives, à caractère obsédant. Idées d'influence. Onirisme consécutif aux excès alcooliques. Hallucinations lilliputiennes avec hallucinations auditives concomitantes.

OBSERVATION II. — Première période d'interprétations délirantes, puis délire d'influence avec actes automatiques, phénomènes d'inhibition, prise de la pensée, hallucinations psychiques et en particulier hallucinations psychiques impératives ordonnant le suicide avec un rasoir. Phobie des rasoirs. Fuite.

A propos de ces deux observations, l'auteur montre qu'il existe d'étroits rapports entre l'obsession et l'idée d'influence. Toutes deux sont la conséquence de l'automatisme, mais l'obsédé a conscience du trouble psychopathique, l'influencé, au contraire, n'en a pas conscience et attribue les faits qui traduisent une dissociation de sa personnalité à une influence étrangère (magnétisme, hypnotisme, sciences occultes, etc.), l'hallucination psychique, à peu près constante chez les influencés, malgré son absence d'extériorité spatiale, a une extériorité psychique très évidente et elle détermine la conviction délirante.

VARIÉTÉS

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

POSTES VACANTS

Un poste de médecin chef de service est actuellement vacant à l'Asile public d'aliénés de Vauclaire (Dordogne).

MINISTÈRE DE L'HYGIÈNE, DE L'ASSISTANCE ET DE LA PRÉVOYANCE SOCIALES

Paris, le 25 avril 1922.

*Le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la
Prévoyance sociales à Messieurs les Préfets,*

J'ai l'honneur d'appeler votre attention sur ce fait que, nonobstant les indications données à cet égard par le décret du 3 janvier 1922, qui n'a laissé subsister, pour les médecins des asiles, que les deux appellations de « Directeur-Médecin » et de « Médecin chef de service », certains Directeurs Médecins s'intitulent encore eux-mêmes « *Directeur Médecin en Chef* », quelquefois même sur des pièces où les autres médecins sont mentionnés, ce qui peut, dans l'esprit des fonctionnaires ou des magistrats qui reçoivent ces pièces, faire naître l'idée d'une dépendance hiérarchique entre ces deux catégories de praticiens. Je vous serais reconnaissant de vouloir bien donner connaissance de cette observation au Directeur Médecin de l'Asile de votre département, si les fonctions de Directeur y sont exercées par un homme de l'art, et de l'inviter à ne prendre d'autre titre que celui auquel il a droit.

J'ajoute que dans certains asiles, les certificats des Médecins Chefs de service sont contresignés par les Directeurs avec la mention : *Vu : Le Directeur*. Or la loi du 30 juin 1838, article 8, paragraphe 3, dit simplement :

« Il sera fait mention de toutes les pièces produites dans
« un bulletin d'entrée qui sera envoyé, dans les 24 heures,
« avec un certificat du médecin de l'Etablissement, et la
« copie, etc. »

De même, l'ordonnance du 18 décembre 1839, article 9, s'exprime ainsi :

« Le médecin en chef remplira les obligations imposées aux médecins par la loi du 30 juin 1838 et *délivrera* tous certificats relatifs à ses fonctions. »

Nulle part, dans ces deux textes, il n'est question de *visa* ou de contre-signature du Directeur. Je vous serais reconnaissant, en conséquence, de vouloir bien rappeler au Directeur administratif ou au Directeur Médecin, selon que l'Asile de votre département sera dirigé par l'un ou l'autre de ces fonctionnaires, qu'ils n'ont pas à viser les certificats fournis par les médecins chefs de service, mais simplement à les joindre au bulletin d'entrée établi et signé par eux-mêmes.

Vous voudrez bien m'accuser réception de la présente circulaire et me faire connaître les mesures que vous aurez prises pour son exécution.

*Le Ministre de l'Hygiène,
de l'Assistance et de la Prévoyance sociales,*
Signé : Paul STRAUSS.

CENTENAIRE DE LA THÈSE DE BAYLE (1822-1922)

La célébration du Centenaire de la Thèse dans laquelle BAYLE, en 1822, a isolé la Paralyse générale, aura lieu à Paris les 30 et 31 mai 1922, sous la présidence de Monsieur le Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales.

De nombreux Psychiatres et Neurologistes français et étrangers ont donné leur adhésion.

Le volume contenant les 7 rapports qui serviront de cadre à la discussion est imprimé et envoyé, dès maintenant, aux adhérents. Un deuxième volume consacré aux comptes rendus des séances sera envoyé ultérieurement (nous rappelons que la cotisation de Membre adhérent est de 40 fr.).

Un banquet par souscription sera offert le mercredi soir 31 mai par les Aliénistes français à leurs Collègues des pays alliés et amis. Le nombre des places étant limité, prière de se faire inscrire le plus tôt possible, en envoyant la cotisation spéciale (40 fr.) à M. le Dr MALLET.

Pour le Comité :

Le Président,
Dr PACTET.

Le Secrétaire général,
Dr H. COLIN.

Le Secrétaire général adjoint,
Dr René CHARPENTIER.

Le Trésorier,
Dr Raymond MALLET.

Les adhésions et cotisations sont reçues par M. le Dr Raymond MALLET, 284, boulevard Saint-Germain, Paris (7^e).

Programme des Séances

Mardi 30 mai 1922

Première séance (9 h. 15 matin)

Grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Paris

Séance inaugurale sous la présidence de M. Paul STRAUSS, Ministre de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, assisté de M. le Professeur ROGER, Doyen de la Faculté de Médecine de Paris.

Discours de M. le Docteur TOULOUSE, Président de la Société médico-psychologique, Président de la Réunion du Centenaire.

Désignation d'un Vice-Président et des Présidents d'honneur.

Exposé et discussion des Rapports sur la Paralysie générale.

Communications annexées.

1^{er} rapport. — MM. LAIGNEL-LAVASTINE et Jean VINCHON : Les Précurseurs de Bayle.

2^e rapport. — M. René SEMELAIGNE : Bayle et les Travaux de Charenton.

Deuxième séance (2 h. 30 après-midi)

Siège de la Société Médico-psychologique, 12, rue de Seine

Exposé et discussion des Rapports sur la Paralysie générale.

Communications annexées.

3^e rapport. — M. ARNAUD : La Paralysie générale après Bayle.

— La dualité de la Paralysie générale. — La Folie paralytique, la Démence paralytique. — Les Travaux de la Salpêtrière.

4^e rapport. — M. PACTET : Etiologie et Pathogénie.

A 5 h. — Réception à l'Institut de France (Quai Conti) par la « Bienvenue Française ».

Mercredi 31 mai

Troisième séance (9 h. 15 matin)

Salle des Fêtes de l'Asile Clinique (St^e-Anne), 1, rue Cabanis

Exposé et discussion des Rapports sur la Paralysie générale.

Communications annexées.

5^e rapport. — M. LHERMITTE : Anatomie pathologique.

6^e rapport. — M. René CHARPENTIER : Etude clinique et médico-légale.

Quatrième séance (2 h. 30 après-midi)

Salle des Fêtes de l'Asile Clinique (St^e-Anne), 1, rue Cabanis

Exposé et discussion des Rapports sur la Paralysie générale.

Communications annexées.

7^e rapport. — M. TRUELLE : Traitement et Assistance.

Communications diverses.

Les amphithéâtres de la Clinique et de l'Admission sont mis à la disposition des auteurs pour projections de coupes histologiques, vues cinématographiques, etc.

A 8 h. — *Banquet présidé par M. le Ministre de l'Hygiène, au Cercle Interallié, 33, Faubourg St-Honoré.*

Règlement des Séances

Il sera accordé 20 minutes aux rapporteurs désignés pour l'exposé oral de leur rapport et 10 minutes à chacun des auteurs inscrits avant la séance pour une communication ayant trait à l'un des points qui sont l'objet du ou des rapports présentés à cette séance. Il sera accordé 5 minutes à chacun des membres qui désireront prendre part aux discussions.

Chaque auteur devra remettre au Secrétaire général, avant la fin de la Réunion, le texte résumé de sa communication ou de ses paroles, destiné à figurer dans le volume des comptes rendus. Ce texte ne devra pas dépasser trois pages d'impression pour chaque communication et une page pour les discussions.

Lorsque les communications devront être accompagnées de présentations de pièces anatomiques, de coupes histologiques, d'appareils, etc., ou de projections, l'auteur est prié d'en informer à l'avance le Secrétaire général.

Seules, les communications faites oralement par leurs auteurs pourront figurer dans le volume des Comptes rendus.

* * *

Les adhérents trouveront toutes facilités pour visiter les établissements du département de la Seine consacrés au traitement des Maladies mentales.

Le Rédacteur en chef-Gérant : H. COLIN.

Cahors, Imprimerie COUSSLANT (personnel intéressé). — 25.983

TABLE DES MATIÈRES

DOUZIÈME SÉRIE

TOME I. — JANVIER-MAI 1922

Chroniques

Le décret du 3 janvier 1922, par M. G. DEMAY.....	5
A propos du Concours de Médecin en chef des Asiles de la Seine, par M. Henri COLIN.....	97
La pratique psychiatrique en Alsace, par le D ^r Paul COURBON....	193
Considérations sur la restriction des services d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, par M. Raoul LEROY.....	289
Les Aliénés en liberté, par M. Henri COLIN.....	385

Articles originaux

M. Victor DEMOLE. — Rôle du tempérament et des idées déli- rantes de Rousseau dans la genèse de ses principales théories.....	13
M. KLIPPEL. — Le syndrome de la paralysie générale. Etude synthétique.....	106
M. G. HALBERSTADT. — Contribution à l'étude de la conscience de l'état morbide chez les psychopathes.....	211
M. René TARGOWLA, Mlle BADONNEL et M. G. ROBIN. — Les rémissions dans la paralysie générale (étude clinique et humo- rale).....	217, 320
M. LEGRAIN. — Le projet Grinda et l'hygiène mentale.....	298
M. LEGRAIN. — La réforme de l'inspection.....	390

Médecine légale

M. André BARBÉ. — Etude statistique de médecine légale psychia- trique militaire.....	120
M. Louis PARANT. — Le principe de la présomption légale d'ori- gine et les conséquences de la loi du 31 mars 1919 sur les pen- sions militaires.....	133

Documents Cliniques

MM. QUERCY, E. ROGER et DIGUET. — Sur le traitement spécifique de la Paralyse générale.....	239
M. A. PRINCE. — Folie simulée chez un dégénéré inintimidable, inculpé de vol.....	326
M. P. BEAUSSART. — Encéphalite épidémique. Note sur les cas traités à l'Asile d'aliénés de la Nièvre.....	408
MM. J. HAMEL et P.-A. MERLAND. — A propos d'un cas de para- lysie générale infantile.....	424
MM. E. SOREL, M. RISER et E. GAY. — Quelques considérations sur le développement des psychoses systématisées par proces- sus symbolique.....	429

Société Médico-Psychologique

Séance du 29 décembre 1921. — Correspondance : MM. Molin de Teyssieu, Vivès, Brousseau. — Vacances de deux places de membres titulaires. — ASSEMBLÉE GÉNÉRALE. — Rapport du Secrétaire général. — Election du Bureau. — SÉANCE ORDINAIRE. — Rapport de M. Charpentier sur la candidature de M. Pierre Kahn (élection). — Rapport de M. Fillassier sur la candidature de M. Hoedemakers (élection). — Etat de mal épileptique mortel au cours d'un traitement par le Gardénal, par M. L. Marchand. Discussion : MM. Raffegau, Ducosté, J. Rogues de Fursac, Ronbinovitch, Toulouse, Marchand. — Etats mélancoliques avec hypotension artérielle, traitement par l'opothérapie surrénale et l'adrénaline, par M. G. Naudascher. Discussion : MM. Roubinovitch, Naudascher. — L'Expertise mentale et la justice mili-

taire. Les débiles et les dégénérés dans l'armée, par M. J. Hamel. — Traitement des ictus de la paralysie générale, par MM. Ducosté et Martimor	35
<i>Séance du 30 janvier 1922.</i> — Correspondance : MM. Jaroslav-Stuchlik, Bianchi. — Installation du Bureau : Discours de MM. Pactet, Toulouse. — Rapport de la Commission des Finances. — Election de deux membres titulaires : Rapport de la Commission; élection : MM. Conso et Raynier. — Rapports de Candidatures; élection : M. Brousseau. — Nomination des Commissions de prix : Prix AUBANEL : MM. ANTHEAUME, DENY, MIGNOT, ROGUES DE FURSAC, TRUELLE; Prix MOREAU DE TOURS : MM. ARNAUD, BRIAND, CAPGRAS, MIGNARD, SIMON. — Troubles mentaux post-commotionnels, par M. G. Robin. Discussion : M. Truelle. — Intoxication mortelle (suicide) par ingestion de salicylate de méthyle, par M. Legrain et Mlle Badonnel. Discussion : MM. J. Rogues de Fursac, Truelle, Legrain.....	141
<i>Séance du 27 février 1922.</i> — Correspondance : MM. Conso, Raynier, Brousseau, Pierre Kahn, Høedemakers. — Vacance d'une place de membre titulaire. — Subvention au Comité du monument Magnan. — Participation de la Société Médico-Psychologique à la III ^e réunion neurologique internationale. — Suites éloignées de certains troubles mentaux post-encéphalitiques, par M. Henri Claude. Discussion : MM. Briand, Roubinovitch, Pierre Kahn, J. Rogues de Fursac, Claude, Toulouse. — Les hallucinations lilliputiennes. Essai d'interprétation, par M. Jean Salomon. Discussion : MM. Mignard, Leroy, Legrain.....	245
<i>Séance du lundi 27 mars 1922.</i> — Correspondance : Compte rendu de l'inauguration du monument Lombroso. — Mort de M. Huot. — Election d'un membre titulaire : Rapport de M. Antheaume sur la candidature de M. le Prof. Claude (élection). — L'organisation du service libre de Prophylaxie mentale de l'Asile Sainte-Anne, par MM. Ed. Toulouse, G. Genil-Perrin et R. Targowla. Discussion : MM. Toulouse, Colin, Arnaud, Rayneau, Pierre Kahn, Antheaume, Raviart, René Charpentier, Raynier, Legrain	335
<i>Séance du lundi 24 avril 1922.</i> — Correspondance : MM. Antheaume, Claude, Raviart,ourniac, George Gordon. — Traitement de l'état de mal épileptique, par MM. Ed. Toulouse et L. Marchand. Discussion : M. Roubinovitch. — Sur la psycho-pathogénie des hallucinations (à propos d'une hallucination gigantesque), par M. Maurice Mignard. Discussion : MM. Leroy, Mignard, Vallon, Dupuy, Revault d'Allonnes, Truelle. — Quelques réflexions sur la morphinomanie, par M. Roger Dupuy. Discussion : M. Sollier.....	435
Liste des membres titulaires et correspondants.....	270

Analyses

Bibliographie et analyses.....	65, 165, 268, 361,	467
--------------------------------	--------------------	-----

Sociétés Savantes

Société Clinique de Médecine Mentale.....	83, 178, 268, 379,	473
---	--------------------	-----

Association Mutuelle des Médecins aliénistes de France

Assemblée générale du 30 mai 1921.....	85
--	----

Congrès

Centenaire de la thèse de Bayle	181, 278, 384,	476
Congrès d'Hygiène Mentale.....		276
Réunion Neurologique Annuelle.....		381

Variétés

Décrets, Arrêtés ministériels et préfectoraux. Distinctions honorifiques. Nominations et promotions. Nécrologie. Concours, 92 180, 271, 381,	475
---	-----